

L’évolution des valeurs de soin humain : une analyse dialectique de la proposition d’humanisation de Watson à la lumière d’une perspective nietzschéenne

Thèse

Pawel Krol

Doctorat en sciences infirmières
Philosophiae Doctor (Ph.D.)

Québec, Canada

© Pawel Krol, 2014

Résumé

La pratique du soin infirmier d'aujourd'hui hérite d'une longue et complexe évolution de valeurs. Outre les valeurs traditionnellement humaines de soigner, la pratique infirmière d'aujourd'hui intègre aussi des valeurs qui façonnent notre monde *moderne*. Ainsi, nous retraçons d'abord l'évolution de quelques-unes des valeurs traditionnelles rattachées au *soin humain* conservées dans les pratiques infirmières. Puis, nous montrons que certaines valeurs traditionnelles de soin humain sont progressivement supprimées au profit de valeurs qui émanent des idéologies *modernes*. En effet, il apparaît que plusieurs valeurs néolibérales, technocrates et bureaucrates s'enracinent à même les fondements de la pratique infirmière et entrainent ainsi des problèmes inquiétants de déshumanisation et d'instrumentalisation des services sanitaires. Face à ce constat inquiétant, et parmi l'éventail de solutions proposées, certains auteurs promeuvent l'*humanisation* des systèmes sanitaires à l'aide de *la théorie du soin humain – TSHW* de Jean Watson (1979 - 2013). Cette théorie propose de pallier à l'instrumentalisation par deux propositions : l'adoption d'une pensée *métaphysique transcendantale* de même qu'un *humanisme altruiste*. Or, plusieurs critiques interrogent la cohérence théorique de ces propositions, voire la légitimité même de cette théorie pour faire face à l'instrumentalisation.

Considérant tous ces faits, nous avons analysé ces deux propositions afin de clarifier les débats, de contribuer à son développement éventuel, mais surtout pour tester ces affirmations et proposer d'éventuelles voies de solution. Cependant, la *mise à l'épreuve dialectique* des deux propositions (opposant les discours de la TSHW à plusieurs concepts nietzschéens) montre des écueils de cohérence et de pertinence importants conduisant à la

réfutation du projet d'*humanisation* inscrit à même cette théorie. Plus spécifiquement, nous montrons que la TSHW peut paradoxalement contribuer à perpétuer le *dualisme* et le *nihilisme* conduisant à la conversion inéluctable aux discours et valeurs instrumentales au lieu de freiner leurs envahissements de la pensée et de la pratique infirmière.

Enfin, nous recommandons une voie alternative à l'instrumentalisation – dans une éthique de la *Vie* - qui découle de la synthèse de nos dialectiques et qui favorise un *retour-à*, et un *respect de* la nature même de l'être humain.

Mots clé : Humanisme, métaphysique, soin humain, Jean Watson, Friedrich Nietzsche, nihilisme, ressentiment.

Abstract

Nursing today is heir to values that have developed over many years. In addition to the values of human care, present-day nursing embraces values that shape our *modern* world. This dialectical study first traces the evolution of a number of the traditional values associated with *human care* that nursing has retained. It goes on to show how some of the values of human care have been cast aside in favour of *modern*—neoliberal, technocratic and bureaucratic—values which have in turn given rise to disturbing problems of instrumentalization.

Watson's theory of *caring* proposes two ways to remedy such instrumentalization: espousing a *transcendental, metaphysical* mode of thought and adopting an *altruistic humanism.* However, many critics have questioned the theoretical consistency and very legitimacy of the theory as a means of dealing with instrumentalization.

This study analyzes Watson's proposals, using a Nietzschean dialectic approach to test them and to suggest possible solutions. Significant problems in terms of both consistency and relevance are brought to light, tending to refute Watson's notions. More particularly, our findings suggest that the application of Watson's theory may paradoxically perpetuate *dualism* and *nihilism* and, rather than curb their invasive impact, lead inevitably to a conversion to instrumental values.

In conclusion, we suggest an alternative, ethics-of-life approach based on the synthesis of our dialectics that would foster a *return to,* and *respect for,* humanity's essential nature.

Keywords : Humanism, metaphysics, human care, Jean Watson, Friedrich Nietzsche, nihilism, *Ressentiment*.

Table des matières

Liste de tableaux

Dédicace

Pour Kassandre Frédérique Krol, ma fille
Tu es à mes yeux, l'expression même de la volonté de puissance et de la Vie
Toujours émerveillée et émancipée

Le 24 mars 2014

Prologue

« Est hybris aujourd'hui toute notre attitude
à l'égard de la *Nature*, la violence que nous lui faisons à l'aide
des machines et de l'inventivité sans scrupule de nos techniciens
et nos ingénieurs *[...]*, hybris est notre attitude envers nous-
mêmes, car nous expérimentons sur nous-mêmes comme nous
oserions le faire sur un animal *[...]* : être malade est instructif,
nous n'en doutons pas, plus instructif encore qu'être en bonne
santé – rendre malade nous parait aujourd'hui plus nécessaire
même que guérir ou sauver des vies. » (Nietzsche, 1971a : 132)[1]

[1] *Généalogie de la Morale*, Essai III, § 9.

Introduction

La pratique du soin infirmier d'aujourd'hui est l'héritière d'une longue évolution de valeurs. Outre les valeurs traditionnellement humaines de soigner, notre pratique intègre aujourd'hui des valeurs qui ont façonné notre monde moderne – c'est à dire celles qui font office de nos succès mitigés, mais surtout, celles qui précipitent nos échecs flagrants.

Dans cette étude, nous retraçons l'évolution de quelques-uns des valeurs du soin humain qui, après avoir persévéré depuis longtemps et permis la conservation de l'espèce humaine, furent intégrées dans les pratiques infirmières. Parallèlement, nous montrons que celles-ci occupent de moins en moins de place et d'importance. En effet, les valeurs traditionnelles de soin humain sont progressivement évincées au profit de valeurs qui s'inscrivent dans les discours et idéologies qui structurent les sociétés modernes. Ainsi, des valeurs néolibérales, technocrates et bureaucrates s'enracinent aujourd'hui dans les fondements même des pratiques infirmières. Bien que ces valeurs reflètent une orientation et des choix qui sont dits *sociaux* – des mises en valeur de la *modernité* – elles causent aussi la déshumanisation et l'instrumentalisation des systèmes sanitaires : elles minent la qualité et diminuent l'accessibilité aux soins, elles chosifient l'homme en en faisant un terrain d'expérimentation et de réalisation de la technique ; elles animent des processus de gouvernance et de contrôle opaques et hiérarchisés.

La littérature infirmière montre l'urgence de freiner ces processus d'instrumentalisation en exposant les effets délétères qu'ils créent. Parmi l'éventail de

solutions avancées – politiques, idéologies, administratives, etc. – les études et écrits théoriques que nous avons recensés suggèrent aussi un ensemble de solutions qui s'inscrivent dans un discours s'appuyant sur l'humanisation des systèmes sanitaires. Cependant, bien que ces solutions apparaissent justifiées, elles demeurent néanmoins fort disparates. Or, nous avons choisi la théorie du soin humain de Jean Watson (TSHW) puisque celle-ci propose des solutions d'humanisation fondées sur une pensée et pratique infirmières qui visent à freiner ces problèmes en favorisant la pleine réalisation du potentiel et de la santé humaine.

Ceci dit, une étude plus attentive de la TSHW de même que des critiques qui lui ont été adressées suggère le besoin de s'interroger sur la légitimité de cette théorie autant dans ses fondements théoriques que pour faire face au problème d'instrumentalisation des systèmes sanitaires. Ainsi, partant de l'affirmation que le problème est préoccupant et devant l'urgence d'agir, nous analysons cette théorie permettant de contribuer à son avancement éventuel et surtout pour faire face à cette instrumentalisation qui préoccupe tant le monde de la santé que la société en générale.

Dans l'optique de cette thèse doctorale, nous nous référons aux écrits nietzschéens qui traitent eux aussi des problèmes de la modernité – mais dans une perspective diamétralement opposée – afin d'engager une dialectique pour tester les propositions avancées par la TSHW afin de faire face à l'instrumentalisation : la métaphysique transcendantale et l'humanisme altruiste.

Cette thèse est composée de huit chapitres : les trois premiers dressent le portait de

la situation et exposent le problème à l'étude soit : l'instrumentalisation des systèmes sanitaires et la suppression parallèle des valeurs de soin humain. Plus spécifiquement, le premier chapitre trace les grandes lignes de l'évolution des valeurs de *soin humain* ; de la préhistoire à la modernité. Ensuite, le deuxième chapitre expose plus spécifiquement la suppression progressive des valeurs de soin humain – à l'époque moderne – au profit de valeurs qui émanent de trois discours hégémoniques inhérents à la modernité occidentale : le néolibéralisme, la technocratie et la bureaucratie. Ce chapitre expose aussi les origines et la nature de l'*instrumentalisation*, terme que nous employons pour décrire les processus de suppression des valeurs humaines et de l'envahissement subséquent par les valeurs modernes dans les systèmes sanitaires.

Les chapitres quatre et cinq exposent les fondements et plans méthodologiques. Ainsi, le chapitre quatre explicite la méthode dialectique hégélienne et le chapitre cinq expose conséquemment le référent conceptuel qui, fondé dans plusieurs concepts nietzschéens, alimente ensuite les *mises à l'épreuve* des propositions avancées par la TSHW pour faire face à l'instrumentalisation des services sanitaires.

Puis, les chapitres six à huit présentent les analyses, synthèses, discussions des résultats et les recommandations pour la discipline et la recherche infirmière. En effet, les résultats traités dans les chapitres six et sept montrent que les deux propositions de la TSHW ne peuvent adéquatement aborder le problème d'instrumentalisation principalement puisqu'elles sont fondées sur certains dogmes questionnable, mais surtout, que leur opérationnalisation entraine et perpétue le *dualisme* (la souffrance) et le nihilisme (la conversion aux valeurs instrumentales). De même, nous montrons que les fondements

théoriques de la TSHW sont davantage de l'ordre idéologique (voire d'une religion) et qu'ils tiennent ainsi une place davantage esthétique que réaliste et *pratique* devant ce problème d'instrumentalisation.

Enfin, le huitième et dernier chapitre présente la conclusion de cette thèse – la réfutation du projet d'humanisation des services sanitaires tel que formulé dans la TSHW – et formule quelques recommandations pour la recherche et la discipline infirmière. Nous y avançons l'idée d'une *éthique de la Vie* pour faire face au problème d'instrumentalisation de même, nous formulons quelques orientations pour de futures recherches dans ce domaine.

Chapitre 1. Survol historique de la transformation et de la préservation des valeurs de soin humain occidentales

L'évolution de l'homme, de la société occidentale et des conditions sanitaires ont inéluctablement alimenté et entrainé plusieurs changements dans les valeurs qui animent le soin humain consistant à aider l'autre par une interaction humaine, *naturelle en soi. Nous verrons qu'au fil de l'évolution humaine (sur un plan principalement occidental), certaines de ces valeurs ont été transformées, d'autres abandonnées et quelques-unes conservées.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord définir les concepts de valeur, de hiérarchie de valeurs, puis présenter notre interprétation de l'évolution des valeurs du soin humain. À cet effet, notre analyse de la littérature suggère, d'une part, quatre périodes d'évolution qui ont produit des changements importants dans certaines valeurs qui animent le soin humain – notamment par l'ajout de valeurs spécifiques à chaque époque. D'autre part, on constate que d'autres valeurs – nommées valeurs traditionnelles de soin humain – ont été progressivement évacuées au fil de l'évolution fulgurante de la société moderne. Enfin, nous exposons que la période moderne est celle qui produit les changements les plus marqués dans les valeurs de soin humain, mais aussi, les plus inquiétants – notamment par l'effet de suppression de certaines valeurs traditionnelles de soins humain au profit de l'injection de valeurs « modernes »; telle l'efficience dans la production de soins ou la procéduralisation des interventions.

1.1 Valeurs et hiérarchie de valeurs

Depuis toujours, certaines valeurs partagées ont entrainé les humains à se soigner et soigner l'autre, tels l'instinct de conservation, la compassion, le devoir familial ou culturel (Collière, 2001). Pour le philosophe Martin Blais, une valeur est une qualité d'une chose matérielle (par ex. : de l'or) ou immatérielle (par ex. : la bonté) qui est comprise et partagée (mise en valeur) par les acteurs d'un système social, et ce, pour le bien du plus grand nombre. Ainsi, une valeur – par ex. : manger, respirer, boire, la liberté […]; comme concepts absolus – ne peut être ignorée au risque de conséquences dramatiques (Blais, 1974). De même, une valeur – comme concept relatif – constitue quelque chose d'important dans la vie (pour l'existence même), mais qui peut varier considérablement en fonction des époques et des circonstances (Blais, 1974) (par ex. : jouer quand on est petit et travailler quand on est plus âgé). Sur un plan ontologique, pour Heidegger (1954), la valeur est aussi un de point de vue – une perspective relative (perspectivisme) – qui oriente l'action vers un but.

Partant de ces deux définitions, nous pouvons suggérer que le « soin » constitue une valeur importante (relative et absolue); orientée vers des buts humains communs et partagés par la société – en occurrence rétablir, maintenir et préserver la santé et la vie – telle que le conçoivent Collière (2001) ou Watson (1979) par exemple. Et, pour Nietzsche, philosophe incontournable de la transvaluation[2], les valeurs ne sont toutefois pas des entités immuables. Au contraire, leurs caractéristiques relatives et immanentes les rendent nécessairement sujettes à la transformation, la négociation, la compétition, la conversion et

[2] Ce terme sera exhaustivement défini ultérieurement ; en résumé, il représente un changement de système de valeurs (hiérarchie) fondamentales (au sommet de la hiérarchie).

même à l'abandon (Nietzsche, GM, HTH). Les organismes vivants (la vie) *structurent* les valeurs en des structures – les hiérarchies – qui favorisent leur pérennité. Ainsi, les fonctions et qualités absolues et relatives des valeurs, entre autres[3], constituent les déterminants de leur hiérarchisation et subordination visant à maintenir et favoriser la vie de l'homme. Les valeurs les plus en haut de la hiérarchie d'un organisme vivant lui sont impérieuses et ainsi de suite, jusqu'aux valeurs les plus superflues, voire accessoires.

1.2 Du soin humain traditionnel aux soins modernes

Collière (2001) explique que la profession infirmière d'aujourd'hui – moderne – résulte d'un long développement et transformation de pratiques, de contextes sociaux, de valeurs et de traditions de soigner. Parallèlement, plusieurs écrits ayant analysé l'historique de la profession infirmière occidentale (Baly, 1995; Cohen, 2000; Watson, 1979, 1984, 1999, 2008) exposent que la pratique du soin humain s'est lentement transformée au fil de l'histoire. Elle a connu des changements fulgurants induits en grande partie par les développements scientifiques, sociaux et technologiques, économiques et politiques, initiés depuis le projet des lumières[4], à la fin du 17e siècle, et concrétisés dans la période moderne.

Notre analyse de la littérature suggère que l'évolution des valeurs du soin humain peut être représentée par quatre grandes périodes évolutives dont le point pivot est le début du projet des lumières (Cohen, 2000; Collière, 1982, 2001; Watson, 1979, 1984, 1999).

---

[3] Consulter Martin (1974) pour une description plus élaborée des types de valeurs et de leur hiérarchisation pour l'homme en société.

[4] Consulter *Reclaiming the Enlightenment* (Bronner, 2004).

Celles-ci débutent par une longe période pré-lumières, que l'on nomme période ancienne, et trois périodes à sa suite, soient apostolique, scientifique et moderne.

1.2.1 Évolution des valeurs de soin humain : quatre périodes

D'abord, la période ancienne, que nous situons de la préhistoire à l'apogée du projet des lumières est marquée principalement de pratiques de soin humaines et naturelles – préservation de la vie, promotion du bien-être physique et guérison – basées sur un amalgame de croyances spirituelles ainsi que sur des soins prodigués au moyen des gestes et de savoir-faire innés imbriqués dans des réflexes, des obligations journalières et transmises par la culture (Barnard, 2002). Ces soins, simples et naturels – décoctions et soins du corps – sont rattachés principalement aux traits féminins de maternage. Effectivement, les femmes soignantes valorisent l'organisation sociale afin de maintenir et promouvoir la (sur)vie du groupe : développement de réseaux et de valeurs d'entraide et de solidarité, de coutumes, de rituels et de traditions soignantes (Collière, 1982, 2001).

Ensuite, la période apostolique est caractérisée par le déploiement du christianisme en Europe où les femmes soignantes – désormais principalement des religieuses – valorisent la chasteté, la charité et la dévotion divine, le don de soi, et la gratification des savoir-faire tacites orientés vers le soin du corps et de l'âme malades (Collière, 2001). Parallèlement, ces religieuses valorisent aussi l'ascétisme chrétien, l'humilité, la philanthropie et la compassion miséricordieuse (Cohen, 2000). La soignante religieuse consacrée fait preuve de délicatesse et de compassion afin de servir les pauvres et les

malades en échange de sa reconnaissance et de sa protection par l'ordre religieux. Durant cette période, les soignantes sont principalement des femmes qui ont développé leurs expériences dans les divers ordres religieux ou leur famille (Barnard, 2002). À la fin du XIX siècle, aux derniers temps de la colonisation en Amérique, on assiste au début de l'institutionnalisation du soin religieux dans les Hôtel-Dieu de la Nouvelle-France ainsi qu'à l'instillation progressive du discours scientifique dans les valeurs de la pratique du soin humain (Cohen, 2000; Collière, 2001; Watson, 1999).

Puis, la littérature montre que la période scientifique, initiée notamment par les travaux de Florence Nightingale (1820-1910) autour de 1840 (Lynaugh, 2010), précipite la laïcisation, c'est-à-dire l'évincement progressif et presque complet des religieuses de la scène du soin et de la gestion des systèmes sanitaires. Cette période, forte de développements professionnels et sociaux pour l'infirmière, est caractérisée par la valorisation (des soins apostoliques et de leur fusion avec) des mesures d'hygiène et de contrôle des germes, de dévotion pour les patients, de l'intégration de savoir biomédicaux et scientifiques ainsi que du développement des savoir-faire techniques et bureaucratiques (Lynaugh, 2010).

Plus spécifiquement, explique Lynaugh (2010), Nightingale fait preuve à cette époque d'une intention chrétienne charitable et caritative afin de prodiguer des soins et des environnements sanitaires de qualité optimale face à la modernisation de la société. Ceux-ci sont fondés non seulement sur une volonté caritative et religieuse, mais aussi sur une capacité à mieux calculer, gérer, et administrer avec de meilleures économies de moyens et

permettant de réguler l'entreprise des soins – pour ainsi dire intégrer les discours médical et scientifique à l'apogée de la période moderne (Baly, 1995).

Dans cette foulée, tout porte à croire que ce soit Nightingale qui ait le mieux saisi la nature du problème sanitaire de l'époque et proposé un ensemble de solutions qui ont entamé le mouvement de modernisation de la profession. En effet, dès 1840, elle fait un effort important afin de promulguer un système de valeurs bridé visant à améliorer la qualité des pratiques de soins tout en cherchant à les rendre les plus performantes (Baly, 1995 ; Lynaugh, 2010). À cette fin, Nightingale valorise ardemment que la soignante fasse preuve d'un professionnalisme dévoué de même que d'une loyauté importante au médecin et une dévotion totale pour le patient. Parallèlement, Nightingale exige des soignantes une soumission sans faille aux structures hiérarchiques autant lors de la formation, par l'assimilation du discours biomédical, que dans la pratique, par la mise en place d'un système de contrôle statistique de gérance du personnel et des milieux de soins. Dans ce sens, elle initie l'instauration dans la profession infirmière des discours scientifique et managérialiste (bureaucrate) en ayant recours à l'emploi rigoureux, entre autres, de statistiques et du rendement dans la gestion et l'administration des lieux physiques, de la salubrité, ainsi que du personnel soignant (Baly, 1995). Parallèlement, Nightingale érige les premières écoles de formation et d'administration des infirmières (Krol, 2010). Aujourd'hui, la majorité des auteurs s'entend à l'effet que les travaux de Nightingale ont profondément influencé et façonné les développements qui ont mené à la profession infirmière moderne, telle que nous l'étudions dans cette thèse.

Aussi, il faut retenir que des valeurs de soumission aux prescriptions de la profession médicale prennent progressivement place dans cette période scientifique. Selon Watson, cette relation stéréotypée est à l'image de la relation maternelle-paternelle qui caractérise la naissance de la profession infirmière moderne (Watson, 1999). Durant cette période, certaines jeunes femmes issues des milieux aisés se taillent progressivement une place à l'université et débutent une longue carrière, surtout grâce à l'(inter)dépendance qu'elles maintiennent avec la médecine, et en raison des besoins sanitaires de plus en plus grandissants d'une société moderne en pleine expansion.

Nous constatons que durant ces trois premières périodes de l'histoire, plusieurs valeurs de soin humain ont été conservées; nous les nommons les « valeurs de soin humain traditionnelles ». Effectivement, durant chacune de ces périodes, les soignants ont pratiqué des soins que l'on peut qualifier de fondamentalement humains – bien que d'une manière plus ou moins importante. Ceux-ci peuvent se dire « humains » non seulement parce qu'ils sont prodigués par l'humain, mais aussi parce qu'ils héritent d'expériences inhérentes à l'évolution de la race humaine (Baly, 1995). Il s'agit de soins enracinés dans le savoir naturel de préserver la vie humaine, animée par des valeurs essentiellement féminines du soin (Collière, 2001; Watson, 1999). Ces valeurs ont été façonnées par le partage d'expériences intergénérationnelles de soigner et par divers évènements historiques, telles les migrations, les famines, les guerres et les épidémies disséminées (Baly, 1995).

En fait, les valeurs de soin humain traditionnel prévalaient également déjà dans la préhistoire humaine. Par exemple, l'importance de l'écoute, du toucher, du réconfort ou la simple présence physique auprès de l'individu malade étaient reconnues comme

essentielles au soin de l'autre. De même, les savoir-faire reliés au soin humain traditionnel favorisant la vie de groupe et l'interdépendance, permettaient (et permettent encore aujourd'hui) la préservation de la dignité, l'autonomie, l'altruisme, l'instillation d'espoir, l'intégrité et le support physique, moral et spirituel, la confiance réciproque, le sacrifice de soi, et la créativité (Bang, 2011; Held, 2006; Rassin, 2008; Rognstad, Norverdt et Rognstad, 2004; Watson, 1999, 2005, 2009). Plusieurs de ces valeurs sont aujourd'hui associées à une éthique de connexion humaine et de responsabilité envers l'autre (Watson, 2005). Toutefois, nous verrons que lors de la période de moderne, les valeurs de soin humain traditionnel subissent des transvaluations profondes et parfois « inquiétantes ».

En ce sens, la période moderne se caractérise par l'explosion d'avancées scientifiques et technologiques, de la démocratisation des sociétés, du savoir et des marchés. La concentration des individus et de leurs besoins autour de mégapoles industrielles, de même que leur exposition à certaines idéologies hégémoniques (néolibéralisme, capitalisme, matérialisme, consumérisme, sécularisation) entrainent des problèmes multiples dont la ségrégation et la polarisation des classes sociales, l'exploitation, l'isolement, la pauvreté, la violence passive et de nouvelles formes de misères modernes (Baly, 1995; Marcuse, 1968; Watson 2011). Dans ces conditions, certains auteurs avancent que la concentration d'individus, de leurs déchets et maladies ont inéluctablement entrainé des problèmes de santé publique et sanitaires préoccupants qui s'aggravent continuellement (Henderson, 2002 ; Betts, 2005 ; Krol, 2010). Par conséquent, les systèmes sanitaires nécessitent des infrastructures toujours plus performantes et un personnel que l'on veut le plus compétent et de plus en plus rentable dans la production de l'ensemble des activités complexes rattachées aux soins des humains.

Parallèlement, la profession et la discipline infirmière se développent rapidement sur les plans professionnel, académique et social, afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins d'une société assoiffée de progrès et de consommation de services sanitaires (commodifiés). Également, cette modernisation sanitaire instille progressivement, mais assurément, une éthique de travail ans les professions soignantes (Held, 2006). Il s'agit d'une éthique ici pragmatiste qui valorise la production efficiente et rationnelle de soins de santé, et qui fait appel à une logique interventionniste prônant une gérance rationnelle visant l'efficience économique. En d'autres mots, la période moderne est caractérisée par l'injection insidieuse et l'intégration indélibérée de certaines valeurs techniques, administratives et économiques dans la pratique des soins infirmiers. Cet état de fait favorise ainsi l'émergence, dans plusieurs milieux, d'une pratique infirmière focalisée principalement sur l'exécution et la gestion d'actes techniques et administratifs, et leur rationalisation parcimonieuse (Betts, 2005; Drummond, 2000; Krol, 2010; Walter, 1994; Watson, 1999). Qui plus est, la grande majorité des études empiriques ayant adressé les conséquences de cette modernisation soulignent que les valeurs qu'elle sous-tend engendrent l'effacement de valeurs traditionnelles des soins humains (Arthur, Pang et autres, 1999; Barnard, 2000, 2002; Betts, 2005; Krol, 2009; Pendry, 2007; Watson, 1999, 2005; Zuzelo, Gettis et autres, 2008; Nyström, Dhalberg et Carlsson, 2003).

Enfin, la période moderne est celle qui semble avoir le plus écarté, détourné et supprimé les valeurs de soin humain traditionnelles au profit de valeurs de plus en plus techniques et rationnelles. Dans le prochain chapitre, nous expliquons plus spécifiquement que la modernisation des systèmes sanitaires s'est réalisée sur trois plans – la

néolibéralisation sanitaire, la technocratisation et la bureaucratisation. Puis nous approfondissons les conséquences de cette modernisation sur la pratique et la préservation des valeurs de soin humain traditionnelles.

Chapitre 2. Modernisation et évolution des valeurs traditionnelles de soin humain

> « L'évolution de la machine a commencé à se transformer en mécanisme de domination, si bien que l'évolution technique et sociale, de tous temps imbriquées, ont convergé pour emprisonner totalement l'homme. » (Horkheimer et Adorno, 1974 : 51)

Ce deuxième chapitre vise à exposer plus précisément les effets de la modernisation en documentant la présence et les effets de ce phénomène dans la pratique des soins infirmiers en institutions sanitaires afin de souligner les problèmes qui y sont documentés. Il constitue à la fois une revue exhaustive de littérature principalement en sciences infirmières.

Ici, nous clarifions d'abord la nature historique de la modernité occidentale ainsi que certains de ses concepts-clés. Ainsi, afin de bien définir les origines historiques et sociales de la modernité (et ses multiples conséquences néfastes), nous élaborons premièrement le projet des lumières – associée à la naissance de la modernité (Lalande, 2007), et quelques-uns de ses concepts les plus importants : l'humanisme, le libéralisme et la *Raison*. Puis, nous expliquons, en empruntant une perspective engagée de théorie critique, que la dérive de ces concepts a inévitablement menée aux problèmes de modernité, dont le plus préoccupant est sans contredit le progrès moderne. Parallèlement, nous montrons que le progrès moderne des systèmes sanitaires s'opère sur trois plans : soit a) par l'assimilation tous azimuts du discours néolibéral, b) de l'invasion technocratique, et c) par l'infliction d'une bureaucratie intransigeante. À cette fin, et à la lumière de la littérature

infirmière, nous recensons et discutons les effets délétères de cette modernisation sur les valeurs traditionnelles de soin humain.

Ainsi, pour chacun des plans, nous verrons que les infirmières des milieux sanitaires modernes subissent des préjudices importants qui ne sont généralement pas directement reliés à l'emploi de la technologie, de l'administration ou la gestion des états financiers. Plus spécifiquement, notre analyse montre que les problèmes sanitaires recensés dans ce chapitre découlent davantage des excès et des déviances modernes qui semblent, eux, s'enliser dans une logique de progrès sans fin, qui entraîne inévitablement l'instrumentalisation et la déshumanisation de la pratique et des soins humains.

Qui plus est, nous verrons que la grande majorité des recommandations découlant de ces études empiriques indiquent la nécessité urgente de préserver les valeurs et les pratiques de soin humaines. En effet, ces recommandations exposent la nécessité (éthique et humaine) d'assurer une certaine forme d'humanisation des soins infirmiers. Sur ce point, nous noterons que la littérature et les suggestions sont aussi variées que pertinentes – allant de formation humaniste au recours à la méditation transcendantale. Enfin, et non le moindre, nous verrons qu'une lecture plus subtile de l'ensemble de ces recommandations nous mène à considérer les écrits et les recommandations de Dr Jean Watson (1979, 1985, 1999, 2001, 2008, 2011, 2012) qui proposent un vaste projet de préservation et de promotion de valeurs de soin humain.

2.1 Le projet des Lumières et la pénombre moderne

> « Dans le domaine rationnalisé, […] la domination de l'homme n'a pas seulement pour résultat son aliénation aux objets qu'il domine : avec la réification de l'esprit, les relations entre les hommes – et aussi celles de l'homme avec lui-même – sont ensorcelées. […] L'animisme avait donné une âme à chaque chose, l'industrialisme transforme l'âme de l'homme en chose. » (Horkheimer et Adorno, 1974 : 44)

Schwandt (2007) explique qu'un nombre important de chercheurs s'entend sur le fait que la modernité, telle que nous la vivons aujourd'hui, découle directement de certaines réalisations (et idéologies) initiées dans le projet des lumières au tournant du 17^{éme} siècle. Par exemple, ce projet – humaniste à l'origine – constitue un tour de force historique puisqu'il a conduit à libérer l'homme médiéval de son éprouvante existence éphémère et des ténèbres de la pensée mystique et métaphysique qui régnaient sur l'Europe depuis plus de 10 siècles (Bronner, 2004; Lalande, 2007).

En fait, le projet des lumières s'est épanoui de l'intérieur de communautés de penseurs rationnels [Hegel, Kant, Spinoza, Newton, Comte, Bacon, Hobbes, Locke, Pierce, Descartes, etc. (Bronner, 2004)]. Celles-ci mettent l'emphase sur la découverte et le partage du langage universel de la *Nature*[5] – la Raison[6] – (mathématiques, chimie, physique,

---

[5] Lalande offre 11 définitions de *Nature* (dont plusieurs sont incommensurables). D 'abord, nous retenons « Ce qui se produit dans l'univers et dans l'homme sans calcul ni réflexion » ; définition qui nous rapproche des certaines idées avancées en théorie critique (Frankfort) et de Nietzsche. Cependant nous jugeons nécessaire de considérer la critique (qui pointe à l'aporie) que Lalande adresse aux diverses définitions de *Nature* (2007 : 672) « remplir la page 672 ici »

[6] « Raison : selon qu'on envisage surtout, soit le caractère analytique de ses opérations, soit la clarté de ses assertions, s'applique tantôt à la faculté essentiellement discursive, qui

astronomie, et autres sciences naturelles) afin d'employer ces connaissances pour créer le bien-être de tous les hommes, et plus particulièrement de ceux vivant aux confins de la « misère » médiévale (Bronner, 2004). En effet, le but du projet consistait à mettre fin à l'esclavagisme, à la coercition, la barbarie, les massacres et les multiples guerres religieuses, en avançant un discours rationnel, logique et humaniste – fondé sur la préservation de la liberté, de l'intégrité, des capacités intellectuelles, sociales et la dignité de l'homme – tout en condamnant l'exercice du pouvoir et de préjudicies arbitraires en prônant la liberté politique, sociale et l'urbanisation (Bronner, 2004; Herdman, 2001; Lalande, 2007).

Les intellectuels du mouvement des lumières s'affirmaient de la sorte libéraux, rationnels ou réformistes. Ils ont notamment donné naissance à l'empirisme (Bacon), l'idéalisme pragmatique (Hume, Hegel) et à l'utilitarisme (Kant), notamment avec des slogans populeux comme « le plus grand bien pour le plus grand nombre ». Ces intellectuels valorisaient la liberté et la résolution des conflits sociaux dans une démarche politique au lieu de l'hérésie et de la prière, par la discussion en remplacement de l'oppression, et par l'innovation intellectuelle à la place du dogme de la pure tradition (Bronner, 2004).

On constate aujourd'hui que plusieurs des idées et des valeurs du projet des lumières ont porté fruit. En effet, nous vivons présentement dans une ère moderne, cosmopolite, sanitaire, culturelle, industrielle, spatiale, et virtuelle (Kroker, 2006). Nos

---

capable d'organiser des expériences ou des preuves, établit ses démonstrations […] et de fournir les principes, d'atteindre les vérités nécessaires et suffisantes à la pensée et à la vie » (Lalande, 2007, pp. 877-886).

connaissances scientifiques sur la *Nature* atteignent des niveaux jamais espérés – bien que l'homme poursuive inlassablement la quête de connaissances –, où notre maîtrise du monde, de la *Nature* et de la technique nous permettent de mener une vie adéquate dans des sociétés qui se proclament libres. De même, notre commerce international est principalement néolibéral (marché libre et compétitif de secteurs croissants principalement privés) et permet à une certaine majorité d'initiés de vivre rassasiés.

Toutefois, le projet des lumières n'a pas eu que des effets libérateurs sur la conscience, la connaissance et l'existence humaine. Pour plusieurs d'auteurs (Heidegger, 1954; Horkheimer et Adorno, 1974; Marcuse, 1968; Nietzsche, 1972), plusieurs problèmes préoccupants de la modernité découlent directement de la déroute de certaines idéologies intrinsèques du projet des lumières. En effet, le vingt-et-unième siècle est caractérisé par la persistance de guerres sur fond ethnique ou religieux, de génocides, de maladies, de pauvretés sociale ou intellectuelle, d'inégalités, de domination (Herdman, 2001). On y voit de même apparaître de nouvelles formes de domination et de contrôle que sont la technique, la bureaucratie ou le capitalisme décentralisé, érigées principalement sur une logique hégémonique de la raison instrumentale (Marcuse, 1968).

> « L'individu moderne est entièrement pris par la production et la distribution de masse; et la psychologie industrielle a depuis longtemps débordé l'usine. Les divers processus d'introjection se sont cristallisés dans des réactions presque mécaniques. Par conséquent, il n'y a pas une adaptation, mais une – mimesis –, une identification immédiate de l'individu avec sa société [rationnelle] et à travers elle, avec la société en tant qu'ensemble. » (Marcuse, 1968 : 35)

La raison instrumentale, imbriquée dans une logique mécanique, scientiste, rationnelle et expérimentale, s'affaire à la production de la connaissance « pure », visant à comprendre la *Nature* afin de la mimer et la maitriser – et, somme toute, à maîtriser l'homme « chosifié » (Horkheimer et Adorno, 1974; Heidegger, 1954; Marcuse, 1968). Pour les tenants de l'école de Frankfurt – critiques aguerris de la modernité –, le vice de la raison instrumentale consiste en sa propre mimésis. En d'autres mots, fort paradoxalement, la Raison s'est insidieusement transmutée en ce qu'elle visait à supprimer à l'origine – soit la métaphysique mystique. Dans l'ère moderne, il s'agit de la mystification de la *Nature* par des discours scientifiques hermétiques, maintenant focalisés à supplanter tous les autres discours sur la connaissance, dont ceux portant sur l'expérience subjective de l'homme (phénoménologie, herméneutique, exégèse, esthétique, arts, […]), les religions, l'histoire et les sociétés (Marcuse, 1968). En ce sens, c'est dire que « le mythe est déjà Raison et la Raison instrumentale se retourne en mythologie » (Horkheimer et Adorno, 1974).

Par ailleurs, une thèse critique sur le fonctionnement de la société moderne a d'abord été avancée par Horkheimer et Adorno en 1944, pour être bonifiée par Marcuse en 1968. Nous pouvons la synthétiser comme suit : le développement de la Raison a progressivement entraîné la mathématisation et la « statistification » de tout; de l'incroyablement petite particule subatomique au comportement des plus grands mammifères, en passant par des équations qui prouvent l'existence ontologique de Dieu (Gödel). Mais surtout, pour Marcuse (1968), cette mathématisation a entraîné la chosification de l'âme et de l'homme. Parallèlement, la confiance générée par le développement spectaculaire de la Raison a forgé les comportements anthropocentriques et anthropomorphiques, qui ont progressivement entrainé le culte de la maitrise et de

l'exploitation de la *Nature* sous toutes ses formes, ainsi que la fin de l'éthique naturelle. Comme le résument bien Horkheimer et Adorno (1974), « l'assujettissement de tout ce qui est naturel au sujet despotique aboutit finalement à la domination de l'objectivité et de la *Nature*. Cette tendance nivèle toutes les antinomies de la pensée, surtout celle entre la rigueur morale et l'amoralité absolue » (p.18). En d'autres mots, affirme Nietzsche (1971b), « nous avons tué Dieu », c'est-à-dire nous avons détruit notre système de valeurs – notre hiérarchie de valeurs –, et les normes nous unifiant à la *Nature* ne sont plus.

Enfin, et non le moindre, un cycle perfide – le progrès moderne – qui anime et maintient la pérennité du développement de la raison instrumentale dans une logique virulente, amorale, et auto centrique, se cristallise dans cette dérive anthropocentrique narcissique (Marcuse, 1968). Le progrès moderne alimente le développement technique et assure sa distribution par une administration mercantile – hermétique. Ce faisant, les idées novatrices avancées au début du projet des lumières pour sortir de la noirceur – libéralisme, raison, technique – s'obscurcissent progressivement et convergent vers la planification totale et la domination irrévocable par les idéologies hégémoniques et les instruments modernes tels que le néolibéralisme (capitalisme décentralisé), la technocratie et la bureaucratie (Marcuse, 1968). Aussi, les sections qui suivent exposent la nature et les effets de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires par les discours et expressions du néolibéralisme, de la technocratisation et de la bureaucratisation de même que leurs effets sur les valeurs et la pratique du soin humain.

2.2 Progrès moderne et néolibéralisme sanitaire

Tout comme pour la majorité des secteurs de production de biens et services occidentaux, les lieux et les pratiques de soin humain ont profondément été transformés par la période de modernisation (Watson, 1999). En effet, l'édification des systèmes sanitaires modernes s'inscrit dans un mouvement politique et économique principalement occidental – conséquence inéluctable des percées scientifiques et technologiques inhérentes à l'ère industrielle (Krol, 2010). Conséquemment, nous pouvons aujourd'hui traiter un plus grand nombre de consommateurs de soins et vaincre un nombre toujours croissant d'affections et de maladies, ce qui s'est traduit, par exemple, par un allongement considérable de l'espérance de vie (mais non essentiellement de la *qualité* de vie) des populations (Illich, 1976). Or, ce rallongement résulte de soins complexes, souvent onéreux, fondés sur des développements scientifiques les plus à jour, employant un éventail de technologies et de pratiques techniques dernier cri, le tout dépendant d'investissements substantiels dans des véhicules économiques performants.

Historiquement, ce sont les années prospères de l'après-Deuxième Guerre mondiale, soit dès la fin de 1950, qui ont concrétisé l'émergence des États-providence sanitaires; de copieuses infrastructures complexes de production et d'administration étatique de services de soins (Henderson, 2002). Ceux-ci résultaient d'un désir social et politique de créer des systèmes sanitaires justes et accessibles pour tous. Par contre, depuis le début des années 1970 – et des nombreuses récessions économiques qui ont suivi –, plusieurs réformes de la gestion des systèmes sanitaires ont progressivement instillé une idéologie néolibérale au moyen de l'imposition de théories économiques, de modélisations statistiques visant une

gouvernance hiérarchique, mais surtout de l'assimilation de ces discours dans le cycle effréné du progrès moderne (Antrobus, 1997; Barnard, 2002; Betts, 2005; Bondas, 2003; Krol, 2010).

Cette idéologie néolibérale énonce que l'équilibre existe naturellement entre les compétiteurs d'une organisation et elle plaque au surplus ce postulat aux individus, sociétés ou systèmes sanitaires en affirmant que l'économie naturelle de marché va se réguler d'elle-même (Fries, 2008). Puis, en segmentant les divers paliers décisionnels et de production, et en les distribuant à des compétiteurs privés, cette idéologie prétend favoriser la compétition et la rentabilité tout en assurant une intervention minimale de l'état. Ainsi, les services et produits sanitaires jadis assumés par l'État-providence sont dorénavant des commodités que le discours néolibéral se propose de distribuer sur le marché au moyen de productions technologiques des plus profitables, tout en assurant leur gérance par une bureaucratie des plus conformiste et opaque (Fries, 2008). Parallèlement, ces commodités sanitaires font l'objet d'un discours hégémonique qui normalise le système de valeurs sanitaires par certains symboles économiques, sociaux et sanitaires, afin d'orienter les tendances de consommation. Ce discours diffuse des informations alambiquées qui dictent dorénavant des modes de vie particuliers, c'est-à-dire visant le paramétrage universel du nécessaire (voire obligatoire), des fréquences et des coûts associés à la consommation des services sanitaires ou régimes thérapeutiques (Henderson, 2002).

Aussi, à la suite de la dérégulation et de la privatisation des états providences, la personne est de plus en plus appelée à exercer un rôle actif de consommateur de soin (Henderson, 2002). On assiste donc a une lente transformation paradigmatique dans la

conception de la notion consistant à « recevoir un soin » – où les anciens bénéficiaires de l'État-providence sont maintenant considérés comme des consommateurs libres, actifs, informés, responsables, et garants de leur consumérisme sanitaire (Swenson, 2008 ; Mannion, Small et Thompson, 2005). Qui plus est, ces stratégies néolibérales veulent que le consommateur relève la responsabilité personnelle de la prise en charge de sa santé – plus précisément qu'il acquiesce son autonomie de manière « accountable » dans ses choix de consommation de produits et services sanitaires (Fries, 2008). Ainsi, les patients ne sont plus traités comme des agents passifs; on les considère dorénavant comme des consommateurs de commodités informés – valorisant les meilleurs prix et services pour leur capital (Coyte et Holmes, 2006). En effet, le « bon consommateur – responsable » de soin est appelé à faire des choix, à démontrer un niveau approprié de connaissances et se comporter selon des règles prescrites (Henderson, 2002).

Toutefois de telles politiques, et les valeurs néolibérales qu'elles prônent, ne peuvent pas être machinalement appliquées à tous les individus d'une société. En effet, plusieurs personnes n'ont pas les moyens de se payer ces services, d'autres sont incapables de faire des choix autonomes, et nombre d'entre eux sont tout simplement exclus de ces services, dont les individus marginalisés (toxicomanes, prostitués) ou ceux qui ont décroché du système (Coyte et Holmes, 2006 ; Henderson, 2002). Les prochains paragraphes exposent les effets de la néolibéralisation sur les systèmes sanitaires tels que recensés dans la littérature.

D'abord, les effets de la néolibéralisation récente des systèmes sanitaires de la Colombie ont fait l'objet d'une étude phénoménologique herméneutique réalisée par

Camargo-Plazas, Cameron et Smith (2012) auprès de cinq participants vivant avec une pathologie chronique. Cette étude a permis d'interpréter que ces patients font l'expérience d'une réduction de la qualité et de l'accessibilité aux soins dans les systèmes sanitaires mus par des agendas de rentabilité et d'austérité. Parallèlement, cette étude souligne aussi , dans une perspective plus large, les inégalités causées par la néolibéralisation des systèmes sanitaires colombienne notamment par une distribution inégale des pouvoirs, des ressources, des services et des produits sanitaires; phénomènes qui engendrent une exclusion sociale et sanitaire des patients vivants avec une pathologie chronique.

De même l'étude basée sur la méthode de théorisation ancrée réalisée par Alvarez, Salmon et Swartzman (2011) s'est intéressée aux conséquences des reformes néolibérales des systèmes sanitaires Colombiens telles que vécues par 46 participants issus de toutes les classes sociales dans la ville de Medellin. L'étude montre que la majorité des participants, particulièrement ceux des classes de revenu bas ou moyen, ont fait l'expérience de barrières importantes quant à l'accessibilité des soins. Cette étude montre que les plus démunis monétairement ont fait les expériences les pires quant à l'accessibilité et plusieurs ont tout simplement évité le système en allant chercher de l'aide dans des remèdes maison, l'emploi de médicaments non légalement prescrits ou des méthodes alternatives douteuses, qui somme toute ont donné peu de résultats ou même nui à la santé des individus. Les patients des classes moyennes ont régulièrement fait l'expérience de barrières admiratives qui les découragés dans la poursuite de leurs consultations. Enfin, l'étude conclut que les réformes néolibérales en Colombie ont échoué dans leur tentative de baisser les coûts des systèmes sanitaires, de même « globalement » ces reformes n'ont pas amélioré les conditions de

pauvreté et ont même élargit les inégalités sociales en termes d'accessibilité aux services sanitaires.

Whiteside (2011) a produit une analyse critique des données gouvernementales en lien avec la récente orientation « 3P » partenariat privé-public au Canada. Cette critique de données statistiques, fondée sur le concept post marxiste d'« accumulation par dépossession », montre que le secteur privé est progressivement en train de s'accaparer du « territoire » des systèmes sanitaires qui fut jadis presque une exclusivité de l'État. Outre de souligner la commodification des services et l'« accountabilité » qui est plaqué aux nouveaux consommateurs de services sanitaires, l'étude souligne les effets de la privatisation sur les patients. Ainsi, le 3P sont critiqués comme étant des mécanismes qui créent de nouveaux marchés pour l'investissement et le profit privé dans une infrastructure publique. Selon l'auteur, les 3P constituent davantage des ambitions politiques et idéologiques qui sont incapables de répondre adéquatement au besoin de renouveau et de développement durable et sain des systèmes sanitaires.

Choinière (2011) à réalisé une étude en ethnographie institutionnelle féministe portant sur la richesse et les contradictions de l'expérience vécue de l'« accountabilité » (ce qui veut dire : rendre responsable les infirmières de la restructuration et de la performance des services dans un système sanitaire néolibéral) auprès de 63 infirmières canadiennes pratiquent dans les provinces anglophones du Canada. La justification de l'étude se fonde dans sur des résultats empiriques qui montrent que le concept néolibéral d'« accountabilité » a des effets négatifs sur la santé des infirmières et entraîne l'attrition. Les résultats de cette étude montrent que l'accountabilité met en danger l'habilité des

infirmières de fournir des soins de qualité : des soins en relation, d'accompagnant et qu'elle précipite l'attrition. Ainsi, ces études montrent certains effets néfastes de la privatisation néolibérale autant par une diminution de l'accessibilité que par l'érosion de la qualité de certains soins ainsi *consommés*.

Nous allons maintenant voir que les effets du progrès moderne entrainent l'imposition d'un lot spécifique de valeurs modernes, ainsi que la transformation et la suppression d'autres valeurs qui sont traditionnellement à la base des pratiques infirmières. En effet, dans les prochains paragraphes, nous allons montrer, à l'aide d'une revue de littérature exhaustive, que la modernisation des systèmes sanitaires inscrite dans une logique néolibérale, et au moyen de la bureaucratisation et de la technocratisation, impose certaines valeurs qui entrent en compétition avec les valeurs traditionnelles de soin humain normalement valorisées et partagées par la majorité des infirmières. Qui plus est, la littérature montre que ces phénomènes de colonisation et de conversion ne sont pas sans conséquence, car ils favorisent la désillusion, la déshumanisation, l'instrumentalisation, l'attrition et l'effacement des valeurs traditionnelles de soin humain et éventuellement de la profession.

Tableau 1. Résumé des principales valeurs néolibérales recensées
• consommation • autonomie • liberté de choix • mercantilisme • capitalisme • rentabilité, efficience, efficacité, productivité • austérité • normalisation

2.3 Technique (technè), technologie et technocratisation

Martin Heidegger, philosophe associé aux mouvements intellectuels existentialiste et postmoderne, a dédié une grande partie de son ouvrage publié en 1954 « *The Question Concerning Technology* » (Heidegger, 1977) à la critique ontologique des effets de la modernisation et de la technique de la société occidentale, notamment en questionnant leur pertinence et leur authenticité pour l'émancipation de l'être humain. En effet, inspiré des anciens Grecs et plus particulièrement par Aristote, Heidegger explique que les individus d'une société ainsi que leur culture et connaissances se perpétuent par l'interaction de trois poïèses (activités humaines de création), soit la (pro)création sexuelle, la créativité sociale et la vertu. Heidegger (1954) argüe que dans la modernité, les poïèses sociales et de la vertu ont été « absorbées » dans ce qu'il définit comme la technè moderne. Il s'agit là d'un phénomène né de l'industrialisation moderne où la techno-logie (la logique et la raison de la technique) autoproclame les moyens de sa propre fin. Plus spécifiquement, la technè moderne promeut la production et la mise en réserve des éléments naturels de la terre pour forger l'énergie et les matériaux nécessaires afin de maximiser le profit et minimiser les dépenses, mais surtout pour soutenir son propre progrès (Heidegger, 1954). Or, Heidegger expose que devant l'aveuglement des hommes modernes envers les promesses du progrès technologique, il faut questionner l'essence même de la technique puisque celle-ci risque de nous enliser vers une hégémonie instrumentale.

En effet, dans le monde moderne, c'est avant tout l'aspect exploiteur et destructeur de la technè moderne qui semble avoir préséance. Il s'agit là d'une forme de déviance dans les développements technologiques et scientifiques où la production, la mise en réserve et

la consommation des produits de la technologie débordent certains des besoins naturels humains (Heidegger, 1954). Ainsi, il apparaît que le monde et la nature ne constituent dorénavant plus des lieux de réalisation et d'émancipation existentielle, mais davantage une réalité matérielle mise en réserve par des institutions de pouvoir et transformée froidement pour une consommation matérielle et économique promue comme nécessaire. Or, en traitant la réalité physique comme une disponibilité, la technologie transforme l'existence de l'être au moyen d'une classification hiérarchique de besoins matériels. Conséquemment, Heidegger (1954) explique que la dépendance technologique de l'être moderne prendra préséance sur la spiritualité, l'authenticité et la créativité dans les vies quotidiennes. Dans ce monde inauthentique caractérisé par l'ambigüité et l'asservissement, Heidegger explique que l'être tient un discours creux, passif, et fait preuve d'une curiosité superficielle, ce qui le rend vulnérable au nihilisme.

Par ailleurs, nous pouvons tracer un parallèle fort intéressant entre le concept de technè moderne de Heidegger adressé en 1954 dans l'ouvrage « *The question concerning technology* » et la technocratie moderne. Il est en effet possible de les associer à un ensemble de savoirs et de pratiques fondées sur des connaissances essentiellement rationnelles et utilitaires dans un domaine technique clos, et qui concourent encore une fois à leurs propres fins. Ainsi, inspirés des concepts heideggériens, nous affirmons que la technocratisation ne constitue pas nécessairement un progrès humain, per se, ou un quelconque véritable processus d'émancipation dans l'abondance technologique. Il s'agit – au contraire – d'un mécanisme d'amélioration continue de produits issus du développement incessant des technologies et de l'imposition de leur consommation par une politique néolibérale. Ce processus apparenté à la *domestication* subjugue les modernes vers un oubli

constant, mais progressif, de ce qu'est la signification d'« être » authentiquement humain dans un monde naturel. Du même coup il imprègne une volonté matérialise et technophile dans un monde technocratisé.

2.4 Technocratie et pratique infirmière

En tenant compte de la critique heideggérienne de la technologie, il est déjà possible de recenser les aspects instrumentaux et déshumanisants au sein de la littérature infirmière induits au fil du temps. D'abord, précisons que l'expression « technologie » dans le domaine sanitaire est définie comme l'ensemble complexe et multidisciplinaire de composantes physiques et matérielles, d'infrastructures, de connaissances et de compétences, mises en place pour administrer, surveiller, gérer et continuellement améliorer les soins au moyen de pratiques de soins infirmiers ainsi que celles des autres professionnels œuvrant au sein des systèmes sanitaires (Sandelowski; 1997, 1999a, 1999b).

Les prochains paragraphes de ce chapitre dressent une revue de littérature traitant des études qui ont adressé des phénomènes encourus dans les milieux sanitaires modernes, et que nous avons pu apparenter à la *technocratisation* telle que définie antérieurement dans cette thèse. Ces études, principalement qualitatives, détaillent certains des aspects et écueils liés à la technocratisation des systèmes sanitaires modernes. Nous les avons divisés en trois sous-thèmes : a) l'expérience de la technocratie chez les infirmières; b) l'expérience de la technocratie chez les patients; et c) certaines perspectives critiques et théoriques ayant adressé ces problèmes. La majorité de ces études montrent une dévaluation inquiétante des

valeurs traditionnelles de soin humain au profit de la prolifération de procédures, de techniques et de valeurs de production et de performance.

2.4.1 La technocratisation – perspective des infirmières

Chez les infirmières, les études recensées montrent qu'elles font principalement une expérience négative de la technocratisation des systèmes sanitaires. La littérature fait état d'un envahissement technologique qui génère un changement dans l'emphase accordée aux valeurs qui animent et justifient les soins infirmiers.

D'abord, l'étude herméneutique heideggérienne réalisée par Alasad (2002) suggère que l'ambition centrale de plusieurs infirmières pratiquant aux soins intensifs est orientée principalement, au-delà de toutes autres formes de soins, vers l'utilisation et la gestion des technologies et instruments de pointe, ce qui dévalue conséquemment les soins humains ou les relations interpersonnelles. Effectivement, les 22 infirmières de cette étude accordent davantage de valeur aux soins techniques qui occupent la majeure partie de leur travail aux soins intensifs. Mais elles affirment à la fois que cette focalisation sur la technique diminue le temps disponible pour être auprès du patient et la pertinence même de certains soins humains. En effet, ces infirmières sont d'avis que leur rôle principal – aujourd'hui valorisé chez une infirmière *modèle* de soins intensifs – consiste en la performance de soins techniques et, en quelque sorte, une minimisation des soins humains.

Dans une perspective similaire, l'étude de Nyström et collaborateurs (2003) montre que certaines infirmières des services d'urgence sont contraintes à mettre davantage d'emphase sur des soins techniques dans l'exécution d'un important nombre de procédures et d'interventions, ce qui entraine par le fait même des soins morcelés, mais surtout dépersonnalisés. De plus, cette étude montre que certaines infirmières, plaquées à des conditions modernes caractérisées par la pénurie et des surcharges de travail accablantes, préfèrent davantage s'occuper des patients qui présentent des besoins physiques « concrets » – c'est-à-dire des problèmes physiques *évidents*, traitables au moyen de techniques et de procédures efficaces, et dont les effets sont *mesurables*. Parallèlement, les auteurs soulignent que les tâches « non mesurables », telles la présence au chevet ou la relation humaine authentique, sont progressivement dévaluées par ces infirmières.

Par ailleurs, cette étude suggère aussi que l'orientation fortement technologique instrumentale de la pratique aux urgences crée des sentiments d'impuissance chez certaines infirmières, car celles-ci font l'expérience d'une perte d'autonomie et de contrôle sur leurs environnements et leur pratique. Enfin, les auteurs soulignent que la technologie, bien qu'initialement déployée dans les services d'urgences sous prétexte d'améliorer la qualité de vie de patients, crée paradoxalement des situations où elle nuit à la pratique infirmière et aux patients.

De même, l'étude d'Arthur, Pang, Wong, Alexander, Drury et collaborateurs (1999) relate que l'injection souvent trop rapide et improvisée des technologies dans les milieux de pratique infirmière menace et même altère certaines valeurs de soin humain (telles l'écoute, le toucher, et la présence). L'analyse des résultats de cette étude psychométrique

corrélationnelle suggère que l'*inondation* (Arthur et coll., 2007 : 338) des milieux sanitaires par un nombre sans cesse croissant de nouvelles technologies diminue considérablement le temps dont disposent les infirmières pour exercer des soins humains auprès des patients. Les auteurs soulignent encore que cette forme de colonisation par la technologie modifie les façons de communiquer en les masquant derrière des procédures techniques, des protocoles et l'exécution de multiples habiletés techniques. Dans ces conditions, une barrière physique très concrète s'érige entre l'infirmière et la personne-soignée : soit les instruments technologiques. Les soins infirmiers sont de ce fait fragmentés et dépersonnalisés, résultat de procédures devenues presque machinales et impersonnelles. Enfin, cette étude souligne, toute comme celle de Nyström et collaborateurs (2003), que la technologie, bien qu'initialement déployée pour améliorer les soins infirmiers et le fonctionnement du système sanitaire, dépasse aujourd'hui ses objectifs initiaux et s'enlise dans l'instrumentalisation, la contreproductivité et la déshumanisation. Somme toute, les études relatant l'expérience de la technocratisation chez les infirmières montrent une dévaluation importante des soins humains.

2.4.2 La technocratisation – perspective des patients

Selon la perspective des patients, les études recensées montrent aussi l'expérience négative de la technocratisation des systèmes sanitaires. Effectivement, la littérature relate que plusieurs patients ont fait l'expérience de la dépersonnalisation, de la chosification, d'intrusion physique et psychique, ainsi que d'une *scrutation* envahissante. Dans ces

conditions, les participants se sont parfois totalement oubliés – dilués dans l'exécution de la *technique* – réduits à des « paquets d'organes » (Almerud et coll., 2007).

D'abord, l'étude phénoménologique d'Almerud, Alapack, Frindlund et Ekebergh (2007a) réalisée auprès d'un échantillon de dix patients ayant été hospitalisés aux soins intensifs, montre que les interventions techniques exécutées par les infirmières des soins intensifs prennent préséance et sont considérées plus importantes que le fait de démontrer de l'humanité (*humanness*) envers le patient. Effectivement, ces auteurs décrivent qu'écouter, toucher, prendre le temps de parler, instiller la confiance, promouvoir l'expression de soi et des émotions (Almerud et autres, 2007a : 157) constituent des pratiques humaines de soin qui sont de moins en moins valorisées par certaines infirmières pratiquant dans les milieux hautement techniques. Par ailleurs, Almerud et autres (2007a) décrivent que les patients se sentent continuellement *monitorés*, observés. Dans ces conditions, ils témoignent tous avoir fait l'expérience d'un effacement de leur personne humaine : réduits et exposés comme un paquet d'organes, d'objets et de protocoles diagnostiques. De même, cette étude expose que même si certaines infirmières font preuve d'une extrême vigilance quant à l'emploi et la manipulation des instruments (données et soins) technologiques, celles-ci portent peu d'attention aux besoins humains que peuvent exprimer les patients.

Parallèlement, une étude phénoménologique heideggérienne a été réalisée par Wang, Zhang, Li et Wang (2009) auprès de 15 participants conscients, mais ayant été intubées aux soins intensifs. Elle expose, elle aussi, que leur expérience de soins est principalement négative. Chez la majorité des patients, l'expérience de l'intubation et des

multiples soins techniques qui s'y rattachent se prolongeait dans des cauchemars terrifiants et horribles. En effet, les auteurs ont interprété que l'ensemble des patients a vécu des souffrances physiques et psychiques importantes dans un environnement obscur, hostile – déshumanisant. Les participants ont expliqué que leur *monde* ressemblait à celui d'une prison bruyante, surchargée de machines de toutes sortes dans lequel ils ont fait l'expérience de la dépersonnalisation dans une dépendance totale aux machines et aux soins techniques de toutes sortes. De même, ces patients ont exprimé avec émotion leur vécu de l'impuissance et de l'irrespect – les soins leur étant imposés, les médecins et les infirmières ne prenant pas même le temps de leur expliquer leurs interventions. Qui plus est, l'étude montre que, pour la majorité des participants, la force de traverser cette expérience est venue d'eux-mêmes – au travers de leur expérience authentique d'espoir alimenté dans un processus intime et personnel de guérison *naturelle* (par soi-même) – et non grâce au support humain du personnel soignant. En fait, la majorité des participants dénonce le peu de présence, d'accompagnement et d'information reçus de la part des infirmières des soins intensifs. Ces données sont alarmantes et dépeignent une réalité obscure, voire à la limite de ce qui est éthiquement acceptable.

L'étude de théorisation ancrée (n=28) réalisée par Kirk (2010) expose au surplus comment certaines technologies de maintien de la vie influencent négativement le concept de soi sur les plans physique et social. Les participants de cette étude, des enfants dépendant de technologies de maintien de la vie (respirateurs, gavages, dialyse) ont exprimé vivre une expérience importante d'ambivalence face à ces technologies et plus particulièrement à l'endroit des soins techniques reçus. Plusieurs d'entre eux ont fait l'expérience de douleurs physique et psychique liées à la présence intrusive de la

technologie dans leurs corps et leur environnement. À cet effet, les jeunes participants ont relaté des expériences physiques désagréables liées à l'inconfort d'être nourri, ventilé ou filtré par une machine, en plus d'être régulièrement dérangés par des alarmes et ajustements de tous genres. Cette étude expose aussi que l'expérience de la surveillance et de la manipulation de la machine par le personnel ou certains membres de la famille constitue une forme d'intrusion dans les ramifications extrêmement intimes de leur vie psychique et leur corps. Par ailleurs, les participants de cette étude ne voulaient pas que la technologie empiète sur leur manière naturelle d'exister et leur image sociale. Enfin, les enfants de cette étude ont mentionné avoir développé par eux-mêmes des routines authentiques pour réduire les multiples formes d'intrusion biotechnologique et les intégrer, au mieux, dans leur vie naturelle (par exemple se faire leurs propres *routines* ou se faire assister par une personne attentionnée et aimée).

2.4.3 La technocratisation – perspectives théoriques et critiques

Almerud, Alapack, Fridlund et Ekeberg (2009) ont publié une critique théorique de leurs résultats présentés ci-haut (voir Almerud et autres, (2007a)). Dans cet article, les auteurs se sont inspirés du concept heideggérien de technè pour articuler leur critique de la nature ontologique et éthique de la technocratisation des systèmes sanitaires et des soins infirmiers. D'une part, les auteurs avancent qu'il semble s'installer une puissance séductrice et absorbante – telle une relation maitre -esclave – entre le patient traité aux soins intensifs et l'infirmière. En effet, il y est théorisé qu'une relation hypnotique se produit entre l'infirmière et les technologies, où la myriade d'instruments permet d'assurer

un monitorage continuel de la progression des paramètres, de même que de confirmer / (ré)ajuster ad hoc les soins techniques. Puis, les auteurs développent l'idée que l'être est réduit en plusieurs composantes physiques et psychiques qui deviennent autant d'objets de contrôle, ce qui donne aux infirmières, selon les auteurs, un sentiment subtil de pouvoir sur la vie et la mort à la personne manipulant cesdites technologies.

D'autre part, les auteurs avancent que les patients et les infirmières conçoivent les soins (hautement) techniques comme des *allants de soi* et discutent rarement de ces soins potentiellement aliénants. Selon Almerud et autres (2009), il s'est ainsi progressivement installé un dogme occidental voulant que les patients se sentent entre de *bonnes mains*; pouvant (devant) ainsi s'abandonner au contrôle technologique de leur vie. Sur ces points, et appuyé d'argument heideggériens, Almerud et autres avancent que cette technocratisation des milieux modernes de soins techniques, acculent les infirmières dans l'instrumentalisation. Or, ils argüent encore que la technologie n'a pas à priver le patient et les infirmières de leur dignité, individualité ou subjectivité et de soins humains. En fait, et pour reprendre l'idée développée par Heidegger (1954), le problème réside davantage dans le choix que la société moderne a fait et continue de faire quant à la valeur qu'elle accorde aux technologies comparativement à une vie naturelle.

En résumé, les études empiriques des récentes années démontrent que la technocratisation – forme déviante de la technique – constitue une colonisation des milieux par un nombre toujours croissant de technologies et l'imposition de celles-ci dans l'ensemble des pratiques infirmières. De plus, selon plusieurs chercheurs, l'engouement technologique a le potentiel de menacer, voire d'effacer la pertinence des soins

traditionnels ou humains. Aussi, devant ce constat de technocratisation, la littérature expose au contraire la nécessité de préserver ces valeurs de soins humains traditionnels, de sorte à assurer le respect de la personne humaine et de ses expériences authentiques.

Tableau 2. Résumé des principales valeurs technocrates recensées
• fragmentation • procéduralisation • observation (voyeurisme biométrique) • précision • performance • complexité • instrumentalisation • opérationnalisation • maximisation

2.5 Bureaucratisation : contrôle et domination

Dans la section précédente, nous avons montré, d'une part, que la technocratisation des systèmes sanitaires peut être apparentée à une colonisation des milieux et de la pensée infirmière par un discours rationnel et biomédical valorisant la production technique du soin, entrainant par le même fait des surcharges de travail, la souffrance et une chosification de l'humain soigné. De plus, nous avons exposé les effets délétères de la technocratisation sur les valeurs de soins humains traditionnels.

Dans la section qui suit, nous verrons que le progrès moderne et la technocratisation associée aux systèmes sanitaires entrainent inévitablement l'explosion de la fréquence et de l'ampleur de la documentation et du partage d'informations de tous genres avec des agents

multiples, autoritaires, impersonnels et de plus en plus virtuels. En effet, dans ces systèmes sanitaires, la prestation, le suivi et la gestion des soins ainsi que la gérance des employés, des patients, des équipements, des lieux et des infrastructures, constituent un ensemble enchevêtré d'activités toujours croissantes et de plus en plus impersonnelles. Dans ces conditions, explique Traynor (1999), les conséquences d'une désorganisation ou d'un laisser-aller s'avèrent potentiellement risquées, voire dangereuses. De fait, les *dirigeants* des systèmes sanitaires s'affairent à déployer et maintenir un contrôle strict et opaque – une bureaucratie *wébérienne* – afin d'éviter la perte de contrôle, le chaos et l'effondrement de la structure légale et administrative, qui tente de maintenir ce système opérationnel.

La bureaucratie *wébérienne* apparaît en effet comme la solution la plus efficiente et rationnelle d'organiser et d'exercer un contrôle sur les individus, leurs *productions* et communications, dans les systèmes sanitaires modernes. En ligne droite avec l'idéologie néolibérale appliquée aux systèmes sanitaires, cette bureaucratie s'exprime à travers un processus de gouvernance qui vise une emprise presque totale sur les organisations et les individus qui les composent. De même, cette bureaucratie s'appuie sur une hiérarchisation explicite des acteurs en autorité et de leurs compétences pour assurer une gestion impartiale et efficiente. Elle valorise du même coup la sujétion hiérarchique, l'impersonnalité ainsi que la soumission à la surveillance-punition (Traynor, 1999).

Ainsi fondés dans une nomenclature *wébérienne* – logique, rationnelle et autoritaire – les soins humains, les techniques et la myriade d'autres fonctions exercées par les infirmières sont décortiqués et traduits en autant de protocoles appuyés sur une idéologie mercantiliste visant le contrôle, l'efficience et le profit. Par exemple, depuis plus d'une

dizaine d'années, le truchement néolibéral et bureaucrate a entrainé une forme de transposition rationnelle de plusieurs fonctions et soins infirmiers dans le langage de « résultats probants » dont certains sont présentés comme étant les plus efficaces, les mois dispendieux et les plus accessibles. Or, sous l'effet de cette idéologie somme toute hégémonique, les soins qui ne répondent pas de ces exigences rationnelles sont simplement dévalorisés et éventuellement oubliés (Walker, 2003). Dans cette logique, plusieurs soins humains ont été réduits en autant de procédures normées, mesurées, compilées, mais surtout appliquées et contrôlées au moyen de technologies bureaucrates : dossiers virtuels, bases de données, mais surtout la gérance de l'accessibilité à cesdites informations (Mannion et autres, 2005). Ce faisant, il apparaît que la bureaucratisation des systèmes sanitaires assure les besoins du discours néolibéral en permettant d'assurer la surveillance de l'efficience des systèmes sanitaires. Mais parallèlement, tel que le montre la revue de littérature qui suit, celle-ci contribue insidieusement à l'instrumentalisation des systèmes et des pratiques sanitaires.

Par ailleurs, et toujours dans l'optique néolibérale, les systèmes sanitaires se comportent comme des entreprises capitalistes qui tolèrent peu les risques d'endettement. Conséquemment, ils adhèrent au discours d'affaires et empruntent du même coup des concepts issus des sciences de la gestion, des théories industrielles et du management (Sunmer et Townsend-Rocchiccioli, 2003). Ainsi, la vision des gestionnaires demeure principalement à court terme et valorise typiquement la résolution ponctuelle et efficiente de problèmes.

2.5.1 La bureaucratisation des soins infirmiers

Les prochains paragraphes de cette section vont mettre en lumière les écueils de la bureaucratisation recensés dans la littérature infirmière. Principalement, nous verrons que ces études montrent une dévaluation inquiétante des valeurs traditionnelles de soin humain au profit de procédures organisationnelles et administratives, de techniques de contrôle et de surveillance fondées dans des valeurs de production et de performance favorisant le rationnement, l'austérité, l'efficience et l'autorité, soit dépréciant par le même fait certaines valeurs de soin humain traditionnelles.

D'abord, l'étude d'Abadia et Oviedo (2009) expose certains écueils bureaucratiques forts inquiétants du système sanitaire colombien. L'étude décrit cinq catégories, appelées « itinéraires bureaucratiques », qui constituent autant de parcours possibles (épisodes de tentatives d'obtenir des services et des soins) devant une bureaucratie sanitaire des plus accaparantes. Les auteurs expliquent que ce pays connait une économie néolibérale émergente et parfois anarchiste. Ainsi, le système sanitaire colombien emprunte dorénavant une bureaucratie wébérienne dans un système sanitaire semi-privé où la majorité des soins et services sont sujets à certaines formes de *couverture* par des assurances privées. Toutefois, une grande partie des utilisateurs font l'expérience de refus de remboursement de toutes sortes. Les compagnies d'assurances valorisent une tactique « à l'usure » en se dissimulant derrière une surenchère de procédures (barrières) légales et bureaucratiques visant à créer et à tirer profit de l'incapacité ou de l'abandon de poursuivre les procédures légales pour obtenir les soins ainsi revendiqués.

Ces approches austères – propres à l'idéologie néolibérale et très payantes pour ces compagnies d'assurances – entrainent 5 types d'*itinéraires bureaucratiques* qui ont tous des conséquences néfastes sur la santé des individus : 1) le prolongement de la souffrance; 2) des complications médicales de l'état de santé; 3) des conséquences néfastes permanentes (dommages biologiques permanents); 4) des invalidités physiques permanentes; et 5) des décès qui auraient pu être évités (Abadia et Oviedo, 2009 : 1157). Selon les auteurs, la situation est extrêmement préoccupante et nécessiterait une législation plus encadrée. Enfin, ils expliquent que leur étude a montré de nombreux cas de négligences de soin, de mauvaise pratique médicale, de manque de jugement, d'erreurs de pratique, mais aussi et surtout un manque, voire une absence de soin humain et d'humanité dans les pratiques cliniques.

Sur un autre plan, l'étude ethnographique réalisée par Pannowitz, Glass et Davis (2009) montre que dans des conditions d'austérité managérialiste et sous la domination du discours bureaucrate, certaines infirmières gestionnaires ont exprimé avoir vécu l'isolement, la marginalisation, la dévaluation, le silence imposé, l'humiliation et même l'intimidation. Or, ces expériences entrainent en retour une dévaluation de leurs valeurs humaines de soins. Cette étude décrit trois *discours* majeurs qui animent la pratique infirmière de gestion dans ces milieux corporatifs : a) la pratique des soins infirmiers proprement dite; b) le managérialisme bureaucratique et c) la science biomédicale. Le premier *discours* génère et soutient un effet émancipateur pour ces participantes (autonomisation) tandis que les deux autres constituent de sérieux obstacles oppressifs et délétères de leurs *valeurs de soins infirmiers* – c'est-à-dire : la relation humaine, le respect de l'*humanité*, la collaboration, la reconnaissance par les pairs, des pratiques de leadership

authentiques, des valeurs de soin humanistes, la guérison, et certaines pratiques holistiques (Pannowitz et coll., 2009 : p114).

Plus spécifiquement pour ces infirmières, le discours managérialiste bureaucrate est synonyme d'absence de soin humain. En effet, les résultats de cette étude suggèrent que le *discours* managérialiste bureaucrate est centré sur des politiques d'austérité et de fiscalité – valorisant les coupures de personnel, les congés précipités des patients hospitalisés, l'augmentation des ratios patients / infirmières et la fermeture de lits – qui écrasent encore une fois les *valeurs de soins infirmiers*. Toutefois, et c'est ce qui constitue selon les auteurs un des points forts de l'étude, la majorité des participantes ont exprimé avoir persévéré et enduré, malgré ces conditions difficiles, en se focalisant sur le *discours* de la pratique des soins infirmiers et plus précisément en se concentrant sur leurs *valeurs infirmières*. Sur ces derniers points, les auteurs concluent sur la nécessité de préserver ces valeurs de soins humains à la base de nos pratiques et de nos formations, puisqu'elles semblent résister et servir de ressource contre les autres discours oppressifs et colonisant, dont celui de la bureaucratie.

L'étude qualitative longitudinale réalisée par Maben, Latter et Macleod-Clark (2006) montre par ailleurs que les infirmières nouvellement graduées (n=72) vivent un *sabotage* (Maben et coll., 2006 : 465) de certaines de leurs valeurs de pratique de soins infirmiers développées durant leur formation initiale. En effet, des valeurs holistiques et de soin humain, telles que prendre le temps d'être présent auprès du patient ou prodiguer des soins de *haute qualité* (Maben et coll., 2006 : 473) sont littéralement évincées par deux facteurs : a) les relations autoritaires aliénantes avec des infirmières plus âgées, et b) par le

fonctionnement bureaucratique impersonnel de l'hôpital qui valorise l'efficience, l'austérité et la fragmentation des soins. Cette étude montre qu'il existe et persiste un conflit important entre les valeurs enseignées à l'université – valeurs humanistes et holistiques acquiescées par plusieurs étudiantes – et celles, principalement bureaucratiques et managériales, mises de l'avant dans certains hôpitaux de la Grande-Bretagne. Selon Maben et autres (2006), ce conflit nuit considérablement à une prestation de soins de qualité, d'autant plus qu'il surenchérit le néfaste fossé entre théorie et pratique qui perdure dans notre profession.

Enfin, l'étude psychométrique réalisée par Young, Stuenkel et Bawel-Brinkley (2008) montre une *valorisation* (accroissement significatif dans le temps, en termes de mesures psychométriques) de la bureaucratie dans certains milieux de soins, de même qu'une stagnation des valeurs humaines chez un groupe d'infirmières nouvellement graduées. Les résultats statistiques issus de données psychométriques (d'un devis pré-post où les questionnaires ont été administrés à six mois d'intervalle) exposent que certaines infirmières accordent une importance capitale aux valeurs de soin humain – compassion, dévouement pour les patients, compréhension, présence authentique et de disponibilité (Young et coll., 2008 : 107); des valeurs qui sont au plus maintenues par certaines infirmières dans le temps. Cependant, l'étude souligne que plusieurs d'entre elles développent plutôt des valeurs bureaucratiques – efficience, impartialité, gestion et organisation des soins – au fil du temps. À cet effet, il est avancé que les infirmières qui adhèrent le plus aux codes bureaucratiques des hôpitaux vivent moins de conflits de rôle et qu'elles sont moins susceptibles de vivre l'attrition et de quitter l'organisation. D'un point de vue critique, on pourrait dire que les infirmières qui assimilent le plus le discours

bureaucratique semblent être celles qui vont davantage le promouvoir, au risque de supplanter certaines valeurs de soins humains.

Somme toute, la littérature traitant de la bureaucratisation des systèmes sanitaires montre que plusieurs personnes vivent l'expérience de l'irrespect, l'impuissance et la suppression de certaines valeurs humaines de soin traditionnelles qui leur sont chères. Parfois, ces expériences capitulent dans la dépersonnalisation, le désillusionnement et l'attrition professionnelle. Ainsi, la bureaucratisation des systèmes sanitaires diminue la qualité des soins infirmiers et favoriserait la pénurie de personnel. Enfin, la littérature montre aussi, tout comme dans le cas de la technocratie, que face à la bureaucratisation des systèmes sanitaires, la profession et la pratique infirmière nécessitent de préserver et de faire valoir les soins humains traditionnels.

L'ensemble de cette revue littéraire expose que la modernisation des systèmes sanitaires a progressivement entrainé l'assimilation de l'idéologie néolibérale et précipité la technocratisation et la bureaucratisation des soins infirmiers offerts. Le progrès moderne, bien que réputé du développement fulgurant des connaissances sur le plan de la biomédecine, du développement des technologies curatives et palliatives ainsi que de l'amélioration des conditions et durée de vie pour plusieurs patients (Sandolewksi et Barnard, 2001), entraîne inévitablement et parallèlement leur lot de problèmes. Ceux-ci érodent les valeurs de soin humain traditionnel (Watson, 1999), entraînent des expériences de soin négatives et précipitent l'instrumentalisation de la pensée et de la pratique infirmières (Abadia et Oviedo, 2009).

De même, nous avons montré que la majorité des études consultées suggèrent, d'une manière ou d'une autre, la nécessité de la préservation de valeurs de soins humains traditionnels. Ici, les *suggestions* sont parfois simples et disparates. Toutefois, certaines des solutions proposées, les plus souvent mentionnées, font référence à la nécessité de préserver l'humanisme ou l'holisme, de rappeler l'importance de la proximité du patient, des soins authentiques, et d'offrir sa disponibilité, mais surtout l'impératif d'enseigner le soin humain à la relève et aux infirmières diplômées..

Or, nous savons que plusieurs modèles conceptuels ou théories infirmières – qui visent à guider la pensée et la pratique des soins infirmiers sont enseignés dans une majorité d'universités occidentales modernes. Plusieurs de ces modèles s'inscrivent dans des courants humanistes et/ou holistiques relativement variés; notamment la conception humaniste de Paterson et Zderad (2007), le modèle humaniste d'adaptation de Calista Roy (2008), la théorie du *caring*[7] – soin humain – de Watson (2008, 2012), le modèle du *caring* transculturel de Madeleine Leininger (2006) ou celui du soin infirmier en tant que *caring* de Boykin et Schoenhofer (1993). Toutefois, c'est bien dans les travaux de Jean Watson que nous retrouvons les éléments de soin humaniste les plus développées.

Jean Watson est une infirmière théoricienne de renom international, dont l'empreinte/influence n'est plus à démontrer sur la discipline, ses savoirs, la recherche et la pratique infirmière en lien avec la notion de « soins humanistes », plaque tournante de sa

[7] Bien que le débat perdure et prend la forme d'une aporie quant à la signification et la définition du terme *caring* (particulièrement en langue française) (et ce n'est pas l'objectif de cette thèse) nous optons de définir le terme *caring* (anglophone) par *soin humain* tel que développé et proposé dans Pepin, Kerouac et autres 2011.

théorie du Human Caring (1979, 1985, 1999, 2001, 2008, 2012). Elle est non seulement largement reconnue pour l'ensemble de son œuvre et son implication personnelle dans la défense et la promotion du soin humain (caring), mais elle a adressé de manière explicite les problèmes modernes associés aux pratiques humanistes de soin et même suggéré une théorie relativement articulée afin d'honorer et de préserver le caring (Watson, 1979). En effet, dès son premier ouvrage en 1979, dédié à la formation des bachelières, Watson dénonce l'érosion de valeurs de soins humains au profit de valeurs modernes : soit technologiques, bureaucratiques, biomédicales et/ou instrumentales. Puis, tout au long de sa carrière et de ses écrits, elle s'est investie dans un projet de préservation et de promotion de soins infirmiers humains, notamment en publiant en 1999 *Postmodern Nursing*, qui traite de manière critique de l'érosion des valeurs de soins humains au profit des discours technocrates, bureaucrates, réductionnistes et biomédicaux. Elle publiera également en 2005 *Caring Science as Sacred Science*, qui présente les grandes orientations d'une pratique infirmière empreinte d'une éthique humaine relationnelle, dans une métaphysique de connexion avec l'autre. De plus, nous notons une évolution importante des valeurs de soins humains promulguées par Watson, qui passe d'une conception de valeurs de soin traditionnellement humaines (Watson, 1979) à des valeurs de connexion/responsabilité abstruses (Watson, 2005).

Si, à première vue la théorie et les concepts de métaphysique, de relation transpersonnelle, d'humanisme ou de l'union de la science et de l'art semblent pertinents – donc de mise pour relever les écueils de la déshumanisation/instrumentalisation –, plusieurs faiblesses théoriques et des incohérences épistémologiques, ontologiques et éthiques lui ont

été adressées dans la littérature académique. Ces faiblesses et limites sont explorées dans le prochain chapitre qui traite de la théorie de soin humain de Jean Watson.

Tableau 3. Résumé des principales valeurs bureaucrates recensées
• gouvernance • impartialité • efficience • complexité • opacité • contrôle • surveillance-punition • hiérarchisation • objectivisme, rationalisme, impersonnalité

Chapitre 3. La Théorie de Jean Watson, valeurs humanistes et progrès moderne

Ce chapitre constitue un résumé concentré des ouvrages de Jean Watson et vise à en exposer les principaux éléments et constances théoriques (1979, 1985, 1999, 2005) à savoir : a) une réaction, critique et des suggestions « humanisantes » face au progrès biomédical et à la modernisation des systèmes sanitaires; b) une évolution dans le système de valeurs humanistes, et c) la démonstration de moyens permettant de contrer l'instrumentalisation/la déshumanisation des pratiques et contextes de soins infirmiers. Dans ce dernier cas, Watson suggère l'intégration explicite de la métaphysique dans la théorie du soin humain, l'union de la science et de l'art, et l'humanisation de contextes de pratique. Chacun de ces trois moyens sera repris plus loin dans cette étude afin d'analyser leur cohérence et pertinence à l'aide d'une dialectique selon une perspective nietzschéenne.

3.1 Naissance de la TSHW

En 1979[8], Watson publie son premier ouvrage qui présente et élabore la théorie du soin transpersonnel inspirée par la philosophie humaniste de Charles Taylor Watson (1979 : 41-42). Il s'agit essentiellement d'un écrit visant principalement à expliciter les bases théoriques et éthiques ainsi que les valeurs humanistes à promulguer dans le cadre de la formation universitaire de la relève infirmière.

---

[8] Elle publie une 2ème édition légèrement révisée et bonifiée en 2012 qui porte le même titre.

Selon Watson (1979), la formation professionnelle universitaire de l'infirmière – incluant l'acquisition de savoirs, le développement de savoir-être et savoir-faire – doit se réaliser selon une délicate, mais nécessaire balance entre l'apprentissage de savoirs et valeurs scientifiques (méthode, rigueur, procéduralisation; Watson 1979), et une pratique fondée sur un système de valeurs humanistes (altruisme, espoir, sensibilité à l'autre, disponibilité, compassion, aide; Watson 1979). Il y a là une nécessité, pour l'étudiante, de comprendre que la science et l'art ont des fonctions importantes et que celles-ci contribuent toutes deux à la pratique du caring.

Déjà en 1979, Watson insiste sur la nature holistique et transdisciplinaire de la science infirmière. Dans cet ouvrage, elle souligne la nécessité de l'union de certaines branches des sciences pures et humaines et des pratiques traditionnelles du caring, au moyen de dix facteurs *caratifs*. Comme le précise Watson (1979 : 3), il s'agit en d'autres termes de « humanistic-scientific factors that are essential to affecting positive health change. Those factors are primary mechanisms in caring for another human being. They lie somewhere between the sciences and humanities ».

Par ailleurs, Watson (1979) explique que la science moderne est une entreprise détachée et objective, qui s'articule autour de méthodes, généralisations et prédications. Ce faisant, un éventail important de problèmes de santé humaine ne peut être résout, à lui seul, par la science. Or, les humanités (sciences humaines et arts classiques) s'intéressent plus précisément, pour leur part, à l'évaluation des buts et des expériences humaines. La science du caring doit donc viser, selon Watson, à combiner raisonnablement certains éléments des sciences avec les humanités.

> « The nursing profession must identify, describe, and research the interaction of both domains that form the base of the science of caring [puisque] … there is a discrepancy between theory and practice or between the scientific and artistic aspects of caring, partly because of the disjunction between scientific values and humanistic values. » (Watson, 1979 : 8)

Plus spécifiquement, la pratique professionnelle du caring – au moyen des dix facteurs caratifs – exige avant tout l'affirmation d'un système (une éthique) de valeurs humanistes. Ainsi, au lieu de focaliser uniquement sur les interventions curatives qui visent l'éradication de la maladie, les facteurs caratifs de la TSHW focalisent d'abord sur un éventail des processus et de valeurs de soins principalement et traditionnellement humains, qui ont permis depuis des générations d'atteindre, de restaurer, de conserver la santé ou de mourir le plus sereinement possible.

Tableau 4. Les dix facteurs *caratifs* de Watson (1979)
1. Système de valeurs humanistes et altruistes ; 2. Croyance et espoir ; 3. Prise de conscience de soi et des autres ; 4. Relation thérapeutique d'aide et de confiance ; 5. Expression de sentiments positifs et négatifs ; 6. Processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes ; 7. Enseignement-apprentissage transpersonnel ; 8. Soutien, protection et modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ; 9. Assistance en regard des besoins de la personne ; 10. Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles.

3.2 Les constats de la déshumanisation et de l'instrumentalisation

> « As the human threats from biotechnology, scientific engineering, fragmented treatment, bureaucracy, and depersonalisation increase and spread in hour health care delivery system, so must we increase and spread the human care philosophy, knowledge and practices in our systems. » (Watson, 1985 : 32)

Le second ouvrage de Watson paraît six ans plus tard, soit en 1985. Dès l'introduction, l'auteure explique la nécessité de clarifier les aspects ontologiques, épistémologiques, éthiques et politiques de sa théorie qui semble avoir été très bien été accueillis par la discipline infirmière. Watson insiste ainsi plus particulièrement sur la définition, la place et les moyens de l'intégration d'une science humaine (humaniste vs réductionniste) pour la science du caring.

Elle rend notamment explicite les différences entre une science du caring – ancrée dans les humanités – l'art, l'esthétique de la pratique et certaines assises très spécifiques des sciences pures qu'elle considère comme incomplètes, voir inappropriées pour assurer à elles seules une base adéquate pour le soin de l'humain : « I reject definitions and interpretations of science and scientific inquiry that bury the quest for discovery, beauty, creativity […]. I want nursing to move beyond objectivism, verification and rigid operations […] » (Watson, 1985, p.2). Ainsi, la rhétorique de Watson demeure fondée sur une critique du réductionnisme biomédical entamée dans le premier ouvrage. Selon elle, accepter inconditionnellement – ou se laisser coloniser par – les sciences « réductionnistes » pour la pensée et la pratique des soins infirmiers revient à assimiler leurs prémisses objectives, mécanistes, dualistes, hermétiques, protocolaires et paternalistes qui sont indubitablement inconsistantes avec la mission humaniste, altruiste et holistique de

la science et de la pratique du caring. Watson explique que les approches de soin qui découlent d'un modèle biomédical non questionné sont immanquablement entachées :

> « Such an approach in marred by medical values, goals, and interventions laden with paternalistic notions that are inconsistent with the nursing human care and the notion of a person as an end […] [it] disengage nursing's ultimate meanings and intuitions from aesthetics, ethics, science and practice. » (Watson, 1985 : 17)

Par ailleurs, Watson explique que l'intégration de la « pensée » métaphysique[9] est nécessaire pour favoriser la relation transpersonnelle (adage de la théorie de Watson) et, par extension, la pratique du caring-humaniste. Bien que Watson recherche l'union avec les sciences, l'emphase est mise plus particulièrement sur les sciences humaines qui, selon Watson (1985), proposent une vision/approche visiblement plus holistique et subjective de l'homme et de son environnement. Il nous faut alors filtrer soigneusement les affirmations des sciences réductionnistes (biomédicales ou néolibérales), et laisser passer seulement les éléments essentiels – cohérents avec une vision et éthique humaniste. De plus, Watson (1985) suggère de faire preuve de prudence, mais surtout d'intégrité éthique (éthique qui est fondamentalement liée à notre responsabilité de préserver la dignité humaine et la nature traditionnelle et humaine du soin) dans nos choix ontologiques et épistémologiques. Pour Watson (1985), il est important de s'émanciper de ces idéologies asservissantes, au risque de perdre nos propres valeurs : « Caring values of nurses and nursing have been submerged […], threatened by increased medical technology, bureaucratic-managerial institutions »

---

[9] Le concept de métaphysique demeure un concept des plus abscons et complexes à décrire ou comprendre pour la majorité des philosophes ou théoriciens consultés. La définition est particulièrement centrée sur un pensée métaphysique adaptée de la philosophie taylorienne : soit la croyance en un monde spirituel qui existe dans l'univers. Un monde qui transcende l'espace et le temps, un monde spirituel qui est en contact avec nous, les autres et certaines énergies de l'univers.

(p.33). Parallèlement, pour Watson, la primauté de la nature humaniste de la pratique du soin – le caring –, ainsi que les assises humanistes des sciences humaines impliquent, justifient et nécessitent en soi l'intégration de la pensée métaphysique qui permettra de rester centrée sur le soin humain proprement dit, et sur l'importance d'une relation transpersonnelle avec l'autre.

Tableau 5. Résumé des principales valeurs de soin humanistes, Watson (1985), p.31-35.
• admiration; • amour; • communication; • dévotion; • disponibilité; • émerveillement; • empathie; • érudition; • gentillesse; • holisme; • humanitude / humanisme; • implication sociales, politique; • mystère; • ouverture; • présence; • respect; • volition/intention de soigner.

3.3 L'infirmière – archétype et artiste du soin humain

Le troisième ouvrage de référence de Watson paraît au tout début 1999. Son contenu novateur est théorique, critique, éthique et, bien que ce ne soit par officiellement explicité, très engagé politiquement et profondément idéologique. Watson continue à y développer et expliquer ses concepts phares tels le soin humain et la relation

transpersonnelle; mais elle y élabore plus spécifiquement les nouvelles bases épistémo-onto-éthiques pour une pratique du soin humain qui favorise la guérison.

Devant le constat toujours plus fort que la profession infirmière moderne soit au bord de la disparation en raison de son assimilation et conversion au « réductionnisme biomédical », Watson nous invite à contrecarrer cette colonisation en faisant un saut théorique et pratique, « a quantum leap » au-delà des échecs de la modernité.

> « The paradigm shift [...] does include a fundamental ontological shift in values, from an ethic-free society to a society that is ethically responsible; from a technocracy which controls and dominates to technology which serves humanity. Such a shift is based upon a caring ethic and a spiritual vision for humankind and civilization. It is an evolution toward the quantum leap for humankind, a leap in which we are already caught, mid-air, trying to reach the other shore. » (Watson, 1999 : 104)

À cette fin, Watson (1999) nous invite à adopter une perspective postmoderne et féministe, afin de nous reconnecter avec notre archétype féminin/soignant et un univers immensément plus grand – la métaphysique – qui englobe tout dans une énergie d'*Amour* infini (Watson, 1999). Ceci dit, dans cet ouvrage, Watson continue à élaborer les conditions éthiques, politiques et structurelles, ainsi que les notions ontologiques et épistémologiques qui favoriseront le développement d'une discipline et d'une pratique infirmière émancipée de l'emprise biomédicale. À cette fin, Watson procède, d'une part, à un examen critique et déconstructiviste (derridien) des métanarratifs biomédicaux et néolibéraux modernes et, d'autre part, à une réécriture de notre ontologie – comme archétype infirmier –, c'est-à-dire une réécriture de nos pratiques (dites d'artiste).

Tableau 6. Résumé des principales valeurs du soin humain postmoderne Watson (1999)
• amour; • esthétique; • soin-guérison; • excellence de pratique; • harmonie; • beauté; • plénitude; • relation connexion; • holisme, transcendance; • ésotérisme (énergies, pan dimensions).

En somme cet ouvrage constitue principalement une critique théorique de la modernisation des systèmes sanitaires, de l'hégémonie de l'idéologie biomédicale, et de leurs effets néfastes sur la pensée et les valeurs associées à la pratique du soin humain. Parallèlement, le tout sert d'argument justificateur pour réaffirmer la nécessité et la pertinence de la TSHW, et inéluctablement pour élaborer quelques avenues qui permettront de faire face à l'instrumentalisation des soins infirmiers.

3.4 Science du soin, éthique et métaphysique

Le prochain et dernier ouvrage théorique de Jean Watson met l'emphase, d'une part, sur certains aspects théoriques de l'ontologie, mais surtout sur la nécessité de la métaphysique – pour développer une science du soin humain. D'autre part, il affirme et précise la centralité d'une éthique relationnelle de connexion avec « l'Autre » dans la pratique du soin humain. Il s'agit principalement, en d'autres mots, d'une rhétorique relativement spéculative sur éthique de connexion/responsabilité envers l'autre dans un univers sanitaire singulièrement réductionniste/séparatiste.

Pour Watson (2005), la métaphysique consiste en un univers interne et externe infini, rempli d'une énergie d'*Amour infini* unissant toutes choses. Elle permet entre autres aux êtres vivants et aux âmes de se connecter (para-physiquement) et de partager des volitions et des intentions de soin, de guérison, d'amour ou de compassion. Parallèlement, l'assimilation de cette conception de la métaphysique – comme ontologie et éthique pour une pratique du soin infirmier – implique, selon Watson, un pas nécessaire vers une pratique de soins humains fondée sur des valeurs holistiques, relationnelles et éthiques. Ce sont ces valeurs même qui prémuniront le soin humain contre le lot d'idéologies réductionnistes / séparatistes qui colonisent et convertissent progressivement tous les champs sanitaires.

> « These three classical assumptions, framed as Objectivism, Positivism and Reductionism, have shaped not only modern science but also our very view of reality and what is true and valued. It is no wonder that the metaphysical starting point for our philosophies and theories of science and reality are disconnected from our human experiences and lived world. Within such a view of reality and science, there is no room for phenomena and happenings that require another starting point: acknowledgement of connections versus separations. » (Watson, 2005 : 35)

Dans ce quatrième ouvrage théorique original, Watson (2005) avance un discours favorisant notre humanité partagée (en anglais : *humanness*) où elle explique les liens importants entre l'éthique de l'Autre (avec un lien explicite avec l'éthique du visage de Lévinas) et notre responsabilité humaine devant l'autre (le soigné). De même, Watson réitère de manière plus structurée la nature de l'union de la science et de l'art. À cet effet, elle expose que la collégialité, l'union et le respect mutuel entre les professions (et à la rigueur leurs idéologies respectives) sont bénéfiques pour l'ensemble des acteurs du réseau sanitaire, mais surtout, pour le soin et la guérison du patient.

L'argument principalement développé dans cet ouvrage est encore plus esthétique que le précédent ouvrage postmoderne. Watson (2005) insiste sur la nécessité de continuer à développer la science du soin humain, telle une combinaison entre certaines sciences (principalement sciences humaines, sociales et dans une certaine mesure sciences pures) et une épistémologie hybridée (empirique, esthétique, théorique et expérientielle) visant à générer des connaissances et savoirs-soigner qui favorisent le soin humain.

En somme, les quatre ouvrages présentés dans les derniers paragraphes constituent l'ossature de la TSHW. Il est dès lors possible de constater que deux propositions persistent tout au long de ces travaux soit; a) la nécessité d'une métaphysique et b) la nécessité de l'humanisme pour faire face à (et éventuellement entamer un changement humaniste dans les pratiques face à) l'instrumentalisation des soins et des services sanitaires. À la lumière de l'analyse détaillée dans les derniers paragraphes, nous avançons que ces éléments représentent des fondements importants de la TSHW. Mais plus, ces éléments forment les prémisses de la résistance à l'instrumentalisation et à la déshumanisation engendrés et maintenus par les discours modernes.

Tableau 7. Résumé des principales valeurs métaphysiques du soin humain selon Watson (2005)
• *Amour* infini; • guérisons spontanées; • conscience et volition non-locales; • spiritualisme; • mysticisme; • transcendance; • holisme; • psychisme; • ésotérisme (énergies pandimensionnelles).

3.5 Les limites de la TSHW et objectifs de l'étude

Tel que souligné précédemment, le phénomène de la modernisation des systèmes sanitaires constitue un problème préoccupant puisque les conséquences d'une déshumanisation/instrumentalisation nous interpellent en tant qu'êtres humains, et plus précisément à titre de soignantes infirmières. Parallèlement, les travaux théoriques à visée humaniste/métaphysique de Jean Watson apparaissent aujourd'hui comme étant les plus élaborés en lien avec les préoccupations relatives au progrès moderne; ses effets sur les systèmes sanitaires et l'expérience qu'en font les soignantes et les soignés. Cependant, et malgré des intentions louables déployées pour préserver et développer les valeurs et le soin humain, de même qu'en vue de valoriser la dignité humaine et la qualité des soins, plusieurs limites sont adressées à la TSHW, et ce à divers niveaux et d'ordre de plus en plus complexe, concernant plusieurs concepts sous-jacents à sa théorie.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs écrits documentent que la TSHW profiterait d'une vague d'intégration dans les discours académiques et philosophiques de plusieurs facultés ainsi que dans la pratique infirmière au sein de plusieurs milieux sanitaires (Parker, 2012; Tommey Alligood, 2012; Watson et Bevis, 2010). Toutefois, pour d'autres auteurs dont Paley (2001, 2002a), Rolfe (2009) ou Traynor (2008), la mise en pratique du soin humaniste est la plupart du temps une adaptation dogmatique (donc peu questionnée sur ses fondements épistémo-ontologiques et éthiques) de l'association soin humain, humanisme et pratique de soins infirmiers; présumés comme les plus appropriés au vu des contextes de dérive sanitaire moderne.

Or, dans les cas de plus en plus nombreux où l'infirmière adopte (se retrouve à adopter) un rôle de soumission à l'autorité médicale, explique Paley (2002a), cet acquiescement sans questionnement préalable et approprié de l'approche promu dans les théories humanistes – principalement la TSHW – risque de devenir une sorte de morale d'esclave dogmatique et réactive voire nihiliste. À cet effet, Paley (2000) soutient même certaines théories humanistes, dont la TSHW puisse créer une forme de dépendance; un besoin d'attachement et par conséquent l'épuisement professionnel. De même, Rolfe (2009) explique que des pratiques de soins infirmiers basées sur une théorie humaniste dogmatique peuvent entrainer à leur tour un relativisme où *tout* (toutes pratiques infirmières) va et convient. Selon Rolfe, cette approche maladroite démontre l'incohérence de la mise en pratique d'une perspective humaniste des soins infirmiers.

Parallèlement, nous croyons que des lacunes importantes sur les plans ontologiques, épistémologiques et éthiques persistent dans deux solutions humanisantes avancées par Watson. D'abord, sur le plan ontologique, nous questionnons la cohérence et la pertinence, pour le bien du projet d'une science et d'une pratique orientée par la TSHW de la métaphysique spirituelle transcendantale. En effet, selon Allan Sokal (2004), physicien reconnu pour l'Affaire Sokal[10], le projet d'argumentation rhétorique

---

[10] L' « *affaire Sokal* » a pour origine la publication d'un article (qui s'avéra ensuite être un canular) par le physicien Alan Sokal dans la revue *Social Text*, ainsi qu'à toutes les controverses qui en résultèrent. *Social Text* est une revue d'études culturelles postmoderne, chef de file dans son domaine, publiée par l'Université Duke. En 1996, Sokal, professeur de physique à l'Université de New York, soumet un texte pseudo-scientifique à la revue dans le cadre d'une expérience visant (selon les dires de Sokal) à « *publier un article généreusement assaisonné de non-sens qui (a) sonne bien et (b) flatte les préconceptions idéologiques des éditeurs* » et à voir si les éditeurs accepteraient l'article proposé.

postmoderne/transcendantale de la TSHW est davantage fondé/justifié sur des plans ésotériques et philosophiques futiles visant l'autojustification d'une pseudoscience/pseudo-ontologie, et non sur l'amélioration concrète des soins, là où devrait se trouver – selon Sokal – l'effort des sciences infirmières. Tel que nous l'avons souligné ultérieurement, il faut bien reconnaitre que Watson puise certains arguments dans un ensemble de courants/discours proches ou associés à l'ésotérisme (Ken Wibler – mysticisme, Alex Gray - transcendance, Masuru Emoto – pseudoscience) afin de soutenir la base métaphysique de la science du soin humain. Parallèlement, notre lecture de la TSHW suggère que l'intégration de certains discours spirituels et ésotériques peu explicités semble fondée sur un ensemble d'affirmations qui apparaissent irrationnelles, vagues – puisque peu explicitées, dogmatiques, paralogiques, voire questionnables.

Puis, sur le plan épistémologique, il nous apparait également fondamental de préciser l'opérationnalisation et la nature de l'union des épistèmes scientifique, artistique et éthique – qui pourront éventuellement permettre un développement fertile de savoirs pour les pratiques de soins humains ou caring. Ici, selon ce que suggère Paley (2001), il ne s'agit pas de continuer de tenter d'atteindre une description consensuelle du caring, mais de s'engager – si l'on veut que ce concept perdure dans la profession – dans l'étude adéquate

---

La critique, intitulé « *Transgresser les frontières : vers une herméneutique transformative de la gravitation quantique* », est publié au milieu de 1996 dans le numéro *Science Wars* de *Social Text* sans avoir subi, affirme-t-on, préalablement un processus d'examen par les pairs, ni avoir été soumis à une quelconque critique externe. Le jour de sa publication, Sokal annonce dans le magazine *Lingua Franca* que l'article est un canular. Estimant que l'absurdité de son article était évidente, Sokal en conclut que la revue méconnaît les règles de la rigueur intellectuelle puisqu'elle « s'est permise de publier un article sur la physique quantique sans prendre la précaution de consulter un spécialiste du domaine ». (Wikipédia, 2013-06-09).

des interactions de caring entre les infirmières, le patient et les conséquences des pratiques de caring sur les soins. Il ne s'agit donc pas de travailler à offrir de nouvelles tentatives pour rendre plus clair un concept humain qui – peut-être – devrait rester partiellement élusif. Quoi qu'il en soit, Paley expose qu'il faut nécessairement, dans l'optique d'améliorer la situation du projet de caring, poser davantage de questions épistémologiques fertiles ancrées dans une vision plus réaliste – plus proche de la réalité de la pratique infirmière[11].

Ainsi, lorsque les écrits théoriques de Watson proposent de nouvelles épistémologies (empirique/esthétique/théorique/expérientielle – Watson, 2002, 2005, 2008, 2013) pour le futur développement de la science du caring – peut-être pourrait-on explorer la voie d'un réalisme critique qui serait cohérent avec la vision nietzschéenne de la croissance du savoir ?

Enfin, sur le plan éthique, le deuxième moyen formulé dans la TSHW afin d'assurer la préservation des valeurs humanistes repose dans le soutien et la promotion du discours humaniste. L'humanisme, tel qu'il est compris par la majorité des infirmières, réfère à un ensemble de valeurs et de pratiques de soins infirmiers qui renvoient principalement au soin traditionnellement humain. De même, dans la littérature infirmière, l'humanisme est (dogmatiquement) généralement associé avec la bienfaisance, la compassion, la préservation de la dignité humaine, l'holisme, l'empathie ou la disponibilité/présence humaine, toutes focalisant principalement sur le développement apparemment positif du

---

11 Il faut noter que Paley et Sokal proposent quelques « solutions » plutôt rationnelles et proches du discours réaliste de la science moderne, ce qui constitue des orientations que nous questionnons dans une certaine mesure (sur le plan idéologique) puisqu'elles risquent finalement d'accentuer le discours rationnel – et des valeurs connexes aux sciences modernes.

potentiel humain. Toutefois, comme l'explique justement Traynor (2009), l'humanisme est une idéologie dont les fondements prennent racine dans le projet des lumières, alors que les répercussions modernes négatives de ce projet ont clairement été montrées, tels l'instrumentalisation et le progrès moderne (Bronner, 2004 ; Horkheimer et Adorno 1974 ; Marcuse, 1968).

Somme toute, des questions importantes persistent. En effet, est-il cohérent, voire légitime, à la vue des écueils ontologiques, épistémologiques et éthiques sur lesquels repose la TSHW, de développer et promouvoir une science qui favorise la pensée et la pratique d'un soin humain fondée sur une métaphysique transcendantale et dans une idéologie humaniste ?

Pour clarifier le débat et permettre de tirer des conclusions constructives, en toute rigueur professionnelle et par prudence intellectuelle, nous proposons de remettre en question les orientations (relativement dogmatiques) humaniste et métaphysique de la TSHW en développant une analyse philosophique novatrice sur les plans ontologiques, épistémiques et éthiques. À cette fin, nous croyons qu'une dialectique entre les deux propositions de la TSHW et certains concepts nietzschéens vont contribuer à faire émerger des synthèses qui, d'une part, feront avancer notre compréhension de la TSHW et, d'autre part, permettront de suggérer des avenues alternatives dans le but ultime de développer des soins infirmiers humains qui favorisent la santé des populations.

Pour ce faire, nous avons développé un référent conceptuel (chapitre § 5) qui expose certains concepts nietzschéens issu de notre lecture – employant à la fois les textes

originaux et ceux de commentateurs nietzschéens – aux fins d'une analyse dialectique. En effet, tel qu'exposé dans le chapitre de méthodologie à venir, il est essentiel que les thèses et les antithèses dialectiques soient les plus polarisées possible, tout en partageant un point central commun servant au dialogue. Or, rappelons que notre problématique s'intéresse à l'évolution des valeurs de soin humain dans un contexte de modernisation et des problèmes complexes qu'elle entraine sur la pensée et les pratiques des soins humains. De même, nous avons souligné que les travaux de Jean Watson sont ceux qui approfondissent le plus ce problème. Parallèlement, les écrits de Friedrich Nietzsche adressent aussi ces questions/préoccupations associées à la modernité, notamment en lien avec l'évolution de nos valeurs, l'humanisme et la métaphysique. Cependant, les arguments découlant de notre interprétation des écrits nietzschéens proposent des perspectives diamétralement opposées (donc polarisées) de celles développées dans la TSHW – et c'est ce qui justifie leur importance aux fins de la dialectique à venir.

D'abord, sur le plan de l'évolution des valeurs, Nietzsche explique ontologiquement le processus de la création des valeurs (GM). En ce sens, Nietzsche argüe que l'existence est un processus en devenir immanent de création et de transformations sur la base de valeurs vitales qui visent (dont la perspective est orientée vers) l'accroissement en puissance et la structure dominante. Ce combat de forces et de valeurs crée une hiérarchie (non nécessairement linéaire) de valeurs allant des plus fortes (santé) aux plus faibles (maladie), le tout favorisant normalement la vie naturelle[12]. Cette perspective permettra de

[12] Bien que ce ne soit pas clairement explicité comme tel dans les écrits nietzschéens, nous optons toutefois pour une interprétation *créative* de la vie telle que développée dans les textes de Betts, Drummond, Steiger ou Reginster (visant la structure et l'émancipation dans les formes *naturelles* de la vie).

jeter un regard critique et ontologique sur l'évolution des valeurs de soin humain chez Watson.

En second lieu, Nietzsche condamne la métaphysique et la transcendance qu'il associe à des refoulements ascétiques[13] nihilistes. Ce caractère nihiliste – hérité du christianisme et recombiné/employé par les métas discours modernes –, sied dans une conscience moderne éthérée, vide, coupable et malheureuse qui, placée hiérarchiquement au-dessus de toutes valeurs, mine la vie et les possibilités d'émancipation. Aussi, cette perspective servira pour analyser les fondements et les orientations métaphysiques de la TSHW.

Enfin, et fait non négligeable dans le contexte de cette thèse, Nietzsche développe également une doctrine anti humaniste (Nietzsche, 1971a, 1971c, 1988, 1989, 1995). Il part d'une idée de l'homme moderne, après s'être departi de la morale chrétienne et des multiples restrictions qu'elle imposait, se place avec ses besoins égocentrés toujours croissants au centre de l'univers et projette une hégémonie anthropomorphique qui détruit la *Nature* – ce que Nietzsche condamne virulemment. Ces arguments antihumanistes seront à leur tour exploités dans une dialectique sur l'humanisme. Ainsi, à la lumière des précédents chapitres et des problèmes préoccupants que nous avons abordés, expliqués et soulignés, notre thèse propose l'étude de deux questions. Chacune d'elles repose sur le développement d'une analyse/synthèse dialectique dont les thèses seront tirées des écrits

---

[13] « Ascétisme : Dans la morale religieuse, recherche de la douleur comme expiation ou mortification, jugée utile au progrès de l'âme, et agréable à Dieu. » (Lalande, 2007 : 82)

théoriques de la TSHW et les antithèses puisées dans le référent conceptuel philosophique nietzschéen. Ces questions sont les suivantes :

1. Quels sont la nature, les écueils et les solutions pour une métaphysique de la TSHW ?

2. Quels sont la nature, les écueils et les solutions pour une éthique humaniste de la TSHW ?

Chapitre 4. La méthode dialectique

Selon Lalande (2006), la philosophie constitue une étude réflexive et critique visant à disserter sur l'origine des connaissances, sur les principes et valeurs de la certitude en tentant d'analyser, expliquer et formuler une certaine compréhension de la logique ou des raisons des sciences et de l'éthique. Là où la science cherche à répondre aux questions empiriquement « observables », certaines branches de la philosophie s'intéressent aux aspects immatériels et non empiriquement observables (Pesut et Johnson, 2008). De même, la philosophie ne recourt pas à la méthode expérimentale des sciences, mais représente davantage un travail critique et de théorisation qui explore des questions auxquelles la science ne peut adéquatement répondre (Kikuchi, 1992). Ces questions, souvent de nature ontologique, épistémologique ou éthique, adressent des sujets fondamentaux qui, dans le cadre de cette thèse, concernent la nature, la valeur ou le domaine d'intérêt des soins infirmiers (Barnard, 2002; Lalande, 2007; Pesut et Johnson, 2008).

Parallèlement, les buts de la philosophie sont divers. Toutefois, la majorité d'entre eux vise à atteindre et développer des connaissances en termes de vérités probables sur des réalités principalement objectives et indépendantes, et ce selon des paramètres de rigueur spécifiques – testables en référence à certaines évidences (empiriques ou par le sens commun); sujets à la critique; corrigibles, rectifiables et falsifiables (Kikuchi, 1992). À cet effet, les investigations philosophiques visent à problématiser les phénomènes; révéler des conventions, des *allants de soi* ou leurs distorsions potentielles; clarifier des visions du monde et divers points de vue; argumenter sur des positions idéologiques autres. Elles tâchent également à remettre en question certains dogmes scientifiques, technologiques ou

politiques, de même que des valeurs, croyances dominantes des sociétés, cultures ou religions – les tendances « naturelles », les modes, les icônes et symboles sociaux ou spirituels.

Pseut et Johnson (2007) définissent trois approches philosophiques pertinentes au développement de connaissances pour la discipline et la pratique infirmière : a) l'approche spéculative; b) l'approche normative et c) l'approche logique. L'approche spéculative vise à développer une connaissance sur ce qui est inaccessible à l'expérience réelle, par opposition aux phénomènes de la *Nature*. Elle fonde son épistémologie sur l'étonnement, l'émerveillement et la sagesse. L'approche normative, quant à elle, consiste en l'argumentation *face* à une norme; elle vise principalement à suivre les lois du bien, du bon et du beau, en focalisant sur des résultats moraux et cohérents. Enfin, l'approche logique se fonde dans une épistémologie animée par le raisonnement *logique* (constructif, rationnel, structuré), par les fonctions de la raison et la rigueur de sa méthode à l'aide d'hypothèses, d'antithèses, de falsification, de lois et de preuves. Son but consiste à conceptualiser : exposer, montrer, décrire et formuler les résultats de ses réflexions.

Par ailleurs, une distinction importante est à faire entre les approches épistémologiques en philosophie et les approches empiriques *classiques*, de par la nature même des phénomènes (problèmes) étudiés et le type de « données » retenues pour analyser lesdits problèmes (Pseut et Johnson, 2007). Les « données philosophiques » relèvent principalement des idées ou des affirmations issues de textes empiriques ou théoriques. De même, l'investigation philosophique ne recourt pas nécessairement sur une (des) méthode stricte d'investigation empirique qui exigent une « collecte de données sur le terrain ». Elle

ne dépend pas d'instruments de mesure calibrés, de questionnaires validés, de statistiques descriptives ou inférentielles, ni d'entreprise mathématique ou expérimentale employée communément dans plusieurs sciences modernes. En effet, la « méthode » philosophique est davantage de l'ordre d'une démarche d'investigation intellectuelle – de l'esprit – reposant principalement sur la capacité et la profondeur analytique / synthétique inscrite dans les processus de réflexion quant aux perceptions du monde et sur les expériences du monde (Lalande, 2007; Pesut et Johnson, 2008).

4.1 Dialectique : fondements ontologiques et épistémologiques

Puisque la nature socioéconomique, idéologique et éthique du phénomène d'étude et des divers concepts théoriques abordés dans cette thèse sont peu enclins à l'investigation empirique scientifique *per se*, cette étude critique (de la littérature empirique et théorique en sciences infirmières) du projet d'humanisation inscrit dans la TSHW s'appuiera sur une méthodologie (d'analyse) dialectique dont les arguments antithétiques seront puisés dans un référent conceptuel philosophique nietzschéen (prochain chapitre, §V).

Plusieurs philosophes ont tracé les grandes lignes de la dialectique. Nous retiendrons cependant spécifiquement Aristote pour ses fondements logiques et Hegel pour la « méthode » en soi. Les prochains paragraphes exposent les idées principales des deux philosophes en lien avec la dialectique.

> « Aristote montre de la façon la plus exhaustive comment la méthode qu'il s'apprête à exposer facilitera l'opération propre à la puissance

> réduite en méthode [...]. Faciliter l'exercice et les entretiens : la méthode n'est donc pas elle-même l'exercice ni l'entretien, puisqu'elle les facilite, puisqu'elle y est utile; par ailleurs, ce qu'elle facilite à ces deux chefs est décrit respectivement comme « *attaquer autour de ce qu'on propose* » et « *s'en prendre aux interlocuteurs, non à partir d'impressions étrangères à eux, mais à partir des leurs propres, pour faire saillir ce qu'ils ont tout l'air de ne pas dire correctement* », ce qui revient purement et simplement à désigner l'opération dialectique elle-même, par sa forme d'abord : l'attaque, un raisonnement, un syllogisme, puis par sa matière et son intention propres : l'*endoxe*, un dire correct, sinon toujours vrai. » (Pelletier, 2007 : 99-100)

Pour Aristote, le fondement de la dialectique repose sur l'affirmation qu'il y a une nette différence entre ce qui est perçu du monde et ce qui est là en réalité (Couillaud, 2003). Et, puisque la réalité est toujours mouvante, changeante, il s'ensuit que les interprétations qui en sont faites sont d'autant plus sujettes à des changements, rectifications et évolutions. Parallèlement, dans la suite de cet argument, tous compréhension et savoir sont assumés comme des apparences au lieu d'être des réalités fixes. Ainsi le chercheur n'est pas forcé à découvrir La Vérité, mais une interprétation – dialectique – d'une certaine vérité relative et localement interprétée (Moccia, 1985, Couillaud, 2003). Il s'agit d'un discours entre le soi qui interprète, et ce qui est là dans le monde, pour parvenir à une forme de compréhension. Dans cette dissertation, le processus dialectique consiste – et c'est ici où l'importance de logique intervient dans la conception aristotélicienne de l'approche dialectique – à identifier les abstractions et révéler les aspects obscurs des relations entre les concepts du monde; ces relations permettant d'identifier davantage d'interrelations complexes et leur analyse, synthèse et compréhension subséquente (Moccia, 1985). De même, dans la dialectique aristotélicienne, on admet que l'identification, la compréhension et l'explication des connexions entre ces individuations – les concepts – du monde permettent de développer une partie de la compréhension du tout.

Hegel, pour sa part, considère la dialectique comme un processus structuré de réflexion qui contribue fondamentalement au développement du savoir. Plus spécifiquement, l'approche hégélienne reconnaît l'inséparabilité nécessaire des contradictions entre les concepts, et elle vise à découvrir, expliquer et comprendre le principe (la nature, les liens) de cette union-tension dans une catégorie compréhensive ou explicative supérieure (Lalande, 2007; Limnatis, 2010) :

> « Hegel's dialectic is the form of a process of thinking and determining. The task is instead the dynamic production of thinking's own forms, the staging of the process in and through which thinking becomes objective as well as subjective true and meaningful thinking. At stake is a dialectical deduction of logical forms framed, this time, in terms of the process of genesis. » (Limnatis, 2010 : 12)

En fait, la démarche proposée pour mener cette étude philosophique consistera en une dialectique d'inspiration principalement hégélienne (Couillaud, 2003; Lalande, 2007; Moccia, 1985). En effet, lorsque l'on veut développer des connaissances sur un phénomène complexe qui ne correspond pas adéquatement ou suffisamment aux approches empiriques des sciences, il est possible de proposer une thèse et de tenter de l'infirmer. Le « procédé » consiste en une mise à l'épreuve par divers moyens de réfutation, soit en l'exposant à une antithèse constituée de concepts, d'idées et d'arguments contradictoires, permettant d'évaluer la validité de la thèse et éventuellement de progresser vers la connaissance du monde par la synthèse du processus et du produit intelligibles de ce dialogue dialectique (Kikuchi, 1992). Ainsi, un accent sera porté sur les relations internes, parfois sous-entendues, entre les concepts et les propositions étudiées, celles-ci constituant le centre de l'analyse dialectique.

4.2 Processus (méthode) dialectique hégélien : thèse-antithèse-synthèse

La dialectique hégélienne consiste en un processus de discussion (et son écriture) où des propositions sont étudiées au-delà de leurs singularités, devenant à la limite leurs opposés; et c'est la synthèse de ces écarts/polarités qui alimente la synthèse du processus dialectique (Lalande, 2007). Par exemple, dans le cadre de cette étude, la revue littéraire en sciences infirmières et l'analyse des écrits nietzschéens à venir nous orienterons vers l'existence de certains liens entre l'humanisme (Watson) et l'antihumanisme (Nietzsche), en occurrence en ce qui a trait à la centralité du concept homme/humain. C'est alors le discours sur l'homme/humain, à la lumière de ces deux extrêmes (Watson-humanisme et Nietzsche antihumanisme,) et des multiples nuances et complexités le composant qui animeront la dialectique.

De même, le processus dialectique hégélien est de nature itérative du fait qu'il est animé de trois phases successives et interdépendantes : thèse – antithèse – synthèse. En effet, selon les plans hégéliens, la dialectique suppose que la réalité est compréhensible et se développe quand une phase initiale – une thèse dialectique – interagit avec une phase qui la contredit – une antithèse dialectique –, et l'incorpore dans une phase subséquente de la dialectique – la synthèse (Lalande, 2007). Ce processus itératif permet éventuellement l'analyse et l'explication des relations internes qui animent les concepts et phénomènes à l'étude. Il s'agit ainsi de retracer les relations internes et reconnaître, à la place, que chacun est codéterminant de l'autre et que les deux partagent éventuellement une seule et même identité plus complexe (Moccia, 1985). De même, la dialectique représente un dialogue complexe dont les instruments consistent en l'examen philologique sémantique des mots, la

recherche des similitudes et des différences, ainsi que des prémisses elles-mêmes (Lalande, 2007). Enfin, l'ensemble de ces dispositions méthodologiques vise à permettre notamment, par la confrontation de points de vue contradictoires, l'élimination d'énoncés faux vers l'énonciation d'un certain vrai théorique (Plantin, 2005).

Afin de développer pertinemment des connaissances dans un champ spécifique disciplinaire, tel que le précise Moccia (1986), il est essentiel, dans le processus dialectique, de cibler un point de départ significatif – une orientation précise – pour entreprendre le processus de recherche et l'analyse des relations significatives. Il s'agit ainsi d'identifier adéquatement les concepts initiaux à l'étude, puis tracer les connexions entre les relations originellement identifiées et celles que l'on découvrira dans le processus dialectique. Ce faisant, le processus dialectique permettra d'explorer certaines réalités délaissées par les approches empiriques des sciences, soit les mythes, les dogmes, les traditions, les allants de soi, la morale, les valeurs […] et de contribuer à générer de nouvelles connaissances (Lalande, 2007).

Aussi, dans la présente étude théorique, les thèses dialectiques initiales sont constituées des deux propositions de la TSHW en regard de la modernisation des systèmes sanitaires (la métaphysique, l'humanisme). Chacune sera ainsi confrontée et analysée à la force des arguments de leurs antithèses respectives (l'antimétaphysique, l'antihumanisme et le projet de science créative nietzschéen) fondées sur trois éléments de dissonances centraux (l'ontologie, l'homme, le savoir). Plus spécifiquement, pour les éléments de l'antithèse, nous emploierons une série d'arguments, de prémisses et de concepts nietzschéens énonçant, par exemple, la nécessité de l'union de l'art et de la science ainsi

que l'impératif d'une place de plus en plus importante de l'homme naturel face au déploiement technologique. Enfin, ce sera la synthèse de ces dialectiques qui, tout en nous éclairant sur la nature de leurs relations et interconnexions, montrera éventuellement de nouvelles connaissances susceptibles d'orienter les pratiques de demain.

Chapitre 5. Référent conceptuel philosophique

Ce chapitre décrit les concepts nietzschéens qui seront employés aux fins d'analyse dialectique des deux propositions élaborées dans la TSHW pour face à la modernisation et à la déshumanisation subséquentes des systèmes sanitaires. Ainsi, pour les besoins d'analyse et de synthèse de cette étude, à l'instar d'une perspective disciplinaire, nous allons recourir à un référent conceptuel philosophique. Nous nous sommes inspirés de la définition du *cadre conceptuel* telle que formulée par Fawcett (2000) pour expliquer la fonction de notre référant conceptuel, à savoir : définir et camper concrètement plusieurs concepts (nietzschéens) et expliquer certaines de leurs relations (dans la philosophie nietzschéenne). C'est l'orientation qui semble la plus adéquate considérant qu'une perspective philosophie constitue une référence ou orientation plus abstraite et moins définie que la théorie (Fawcett, 2000 ; Meleis, 2011).

Ce référent philosophique d'inspiration nietzschéenne est considéré ici comme un instrument conceptuel. À ce titre, il permettra d'éclairer (expliquer) les structures et relations du phénomène étudié (de Ven, 2007). De plus, tel que le suggère de Ven (2007), nos concepts possèdent un nombre de définitions sémantiques (sens) et constitutives (leur constitution) : les premières adressant les composantes et la structure du langage, et les secondes décrivant le sens au moyen de synonymes, métaphores, analogies et aphorismes associés aux écrits nietzschéens et ceux de ces commentateurs. De même, notre référent conceptuel renferme certains énoncés et postulats fondamentaux de la philosophie nietzschéenne proposant ainsi une structure et cohérence aux fins d'analyse dialectique.

Enfin, rappelons que les données sélectionnées (théoriques ou empiriques), issues de la littérature en science infirmière et de disciplines connexes, seront comparées et étudiées à la lumière de ce référent.

5.1 Concepts nietzschéens

Dans ce chapitre nous détaillons certains concepts centraux de la philosophie de Nietzsche – *Valeurs*, *Volonté-de-Puissance*, *Nihilisme*, *Vie*, *Éternel-Retour* et le *Ressentiment* – à l'aide d'extraits de textes et d'aphorismes issus de certains écrits nietzschéens de même que de textes de commentateurs nietzschéens. Nous avons sélectionné ces concepts à la lumière de leur capacité antithétique dialectique, c'est-à-dire leurs (la force de leur) caractéristiques (ontologiques, épistémologiques et éthiques) contrastantes avec les deux propositions humanisantes proposées dans la TSHW.

5.1.1 Les Valeurs

> « *Quand nous parlons de valeurs, nous parlons sous l'inspiration, dans l'optique même de la vie : c'est la vie qui « valorise » à travers nous chaque fois que nous posons des valeurs.* » (Nietzsche, 1974 : 35)[14]

> « Les jugements de valeur d'un homme trahissent quelque chose de la structure de son âme, ils montrent ce qu'il considère comme ses conditions de vie, sa nécessité propre. » (Nietzsche, 1971b : 194)[15]

> « Nos valeurs sont des interprétations introduites par nous dans les choses. Pourrait-il y avoir une signification dans l'en-soi ? Toute signification

---

[14] Crépuscule des Idoles : La morale, une anti-*Nature*, § 5.

[15] Par-delà Bien et Mal, § 268.

> n'est-elle pas justement une signification relative, une perspective ? Toute signification est volonté de puissance. » (Nietzsche : 1995 : 265)[16]

Pour Nietzsche, la valeur est la caractéristique essentielle qui permet aux choses de se structurer (et d'*exister*) à travers une hiérarchie du dominant-dominé où les valeurs les plus fortes (vitales) de la hiérarchie commandent celles plus bas. En effet, la valeur est une caractéristique qui définit la qualité et l'importance d'un objet ou d'un phénomène perçu par l'humain ou les organismes vivants (Heidegger, 1954). Ainsi, allouer une certaine valeur à un objet ou un phénomène consiste à affirmer cette valeur relativement à un point de vue spécifique – point de vue qui met en valeur la qualité et l'importance de ladite valeur. Autrement dit, une valeur réside dans l'interprétation de celui qui la met en valeur. Ainsi, une valeur se définit substantiellement par ce vers quoi elle est orientée. La santé, par exemple, constitue une valeur qui est interprétée de multiples manières ; l'interprétation peut être orientée par une perspective sociale, physique, spirituelle ou culturelle, et ce sans que toutes ces interprétations mènent à la même qualité ou importance accordée à la santé. De même, chacune des interprétations de la santé est orientée vers une autre valeur qui lui est supérieure, telles la prospérité ou la vitalité, dévoilant ainsi une certaine hiérarchie de valeurs. Ultimement, pour Nietzsche, la valeur suprême des organismes vivants devrait être la *vie* – ou, plus spécifiquement, l'exubérance de la puissance de la vie.

Du point de vue d'Heidegger[17], les valeurs constituent la clé de l'ontologie nietzschéenne, « le point de vue de la valeur signifie le point de vue constituant les

---

[16] Volonté de Puissance : Livre II, Morphologie et Évolution de la Volonté de Puissance, § 134.

conditions de préservation et d'amélioration dans le respect des formes relatives de durée de la vie en devenir » (Heidegger, 1954). Pour Heidegger, l'essence d'une valeur nietzschéenne réside dans la caractéristique d'*être* un point de vue ; *ce* vers quoi elle est orientée. Alors, l'expression d'une valeur dépend inéluctablement de la perception et donc de la perspective. Ainsi, dans une perspective de maintenir et réaliser la vie ; les valeurs – comme points de vue/perspectives – devraient orienter l'être vers la préservation et le devenir *en puissance* de la vie.

Dries (2010) explique que les valeurs dominantes (celles qui ont aussi un effet nihiliste pour ceux qui y sont soumis ou celles qui constituent une autorité exogène qui inhibe la structure de la hiérarchie en place) constituent des grappes de métavaleurs qui *structurent* la hiérarchie. La grappe (les métavaleurs) sont des valeurs qui interagissent, réagissent mutuellement, et qui atteignent les sphères des autres valeurs ; elles se testent – mais elles ne prennent pas la place des autres, ne s'assimilent pas. Ce sont, en quelque sorte, des systèmes en perpétuelle construction où la hiérarchie des valeurs n'est pas linéaire, mais organique – tel un organe complexe – où plusieurs valeurs peuvent interagir simultanément. Cette interaction simultanée agit comme une membrane organique complexe qui fusionne progressivement des valeurs, leur donne structure, puissance et leur alloue pérennité temporelle dans l'*Éternel-Retour*. Néanmoins, les valeurs ne sont pas

[17] Selon Kroker (2004) le philosophe allemand Martin Heidegger [1889-1976] constitue l'un des interprètes les plus pertinents de certaines idées et positions philosophiques nietzschéennes. Selon Kroker (2004), Heidegger est, en quelque sorte, le *descendant* postmoderne de Nietzsche, dont le legs philosophique a été de renouveler la critique nietzschéenne de la modernité, de questionner et critiquer le progrès moderne et l'*humanisation* de la *Nature* (anthropocentrisme). À cet effet, Heidegger a produit une description métaphysique (ontologique) des concepts qui animent la Volonté-de-Puissance tel que décrits dans les prochains paragraphes.

absolues, ni universelles. Elles ont une composante historique et contextuelle fondamentale du fait qu'elles sont construites dans des contextes, des croyances de pensées, des politiques, des idéologies évolutives et, par conséquent, toujours sujettes à la révision et la *transvaluation* (Dries, 2010).

5.1.2 La Volonté-de-Puissance (VdP)

> « La volonté d'accumuler de la force est un caractère spécifique du phénomène de la vie, de la nutrition, de la reproduction, de l'hérédité, de la société, de l'État, des mœurs, de l'autorité. […] La volonté de devenir plus fort, qui émane de chacun des centres de force, est la seule réalité - non pas la conservation de soi-même, mais la volonté de se nantir, de se rendre maître, d'augmenter en force. » (Nietzsche, 1995 : 230)[18]

Cette section détaille notre interprétation de la *Volonté-de-Puissance* nietzschéenne, inspirée des textes originaux et ceux de Montebello (2001) et Dries (2010), pour avancer une certaine description ontologique de la *Volonté-de-Puissance*. Ainsi, la *Volonté* est tout d'abord entendue comme l'action ou la *fonction* (consciente et inconsciente) de s'efforcer vers quelque chose. Elle provient d'une perception de manque ou de vide et anime perpétuellement une lutte (une action de *structuration* de ses valeurs dans une hiérarchie qui en favorise l'expression de la puissance) vers quelque chose qui n'est pas encore possédée (comme la santé). Elle est une volonté de maîtriser, de commander une action (consciente et inconsciente). Quant à la *Puissance*, elle peut être comprise comme

[18] Volonté de Puissance : Livre II, Morphologie et Évolution de la Volonté de Puissance, §

l'exercice de règles et de l'autorité. Aussi la *Volonté-de-Puissance*, comme action[19], est l'essence de la puissance, en effet « la volonté ne voudra rien plutôt que de ne pas vouloir » (GM 3, §1).

> « Ce monde : un monstre de force, sans commencement, sans fin, une ferme, adamantine grandeur de force qui ne devient pas plus grande ni ne diminue, qui ne s'use pas, mais ne fait que se changer *[...]* bien plutôt en tant que force partout, en tant que jeu de forces et vagues de force en même temps un seul et beaucoup, ici s'accumulant et en même temps là s'amenuisant, un océan de forces en soi-même tourbillonnantes de flux en reflux, éternellement revenantes. *[...]* Ce monde est la volonté de puissance – et rien en dehors de cela ! Et vous aussi, vous êtes cette volonté de puissance – et rien en dehors de cela ! » (Nietzsche, 1995 : 550)[20]

La *Volonté-de-Puissance*, résumée de manière très synthétique, prend naissance chez Nietzsche dans une volonté de déconstruction critique des concepts de l'être, de son monde et des interactions qui les composent, et de développer une explication alternative puisque ces concepts sont dogmatiquement considérés comme continus ou stables dans la pensée post-socratique/occidentale. En effet, dans la perspective nietzschéenne, il n'existe pas de monde stable en soi ; ce dernier est essentiellement un monde de relation de forces. Et, à la suite de cette néantisation, il ne reste que des relations dynamiques de force dans un rapport de tension avec tous les autres relations dynamiques de l'univers ; partout, en tous espaces, il n'y a que ces rapports de forces – des relations de *Volontés-de-Puissance* (Montebello, 2001). Dans cette perspective, la modernité et les valeurs qui influencent les pratiques de soins peuvent être conceptualisées comme un flux de volonté-de-puissance en

---

[19] Nietzsche ne conçoit pas la Volonté-de-Puissance *psychologiquement* mais il redéfinit plutôt la psychologie comme la « morphologie et la doctrine du développement de la volonté-de-puissance » (Nietzsche, 1971b).

[20] Volonté de Puissance : § 1067 (100) (1885)

compétition pour la domination, pour la hiérarchisation des valeurs. Pour Nietzsche, chaque valeur morale possède sa puissance – puissance parfois décrétée, parfois historique, parfois imposée –, et celle-ci est animée d'une perpétuelle réorganisation sous l'effet de *discours* dominants en compétition ; où les valeurs morales tentent de se dominer les unes les autres. Ainsi, Nietzsche développe une explication fort habile et très influente sur les penseurs à venir (par ex. Heidegger, Marcuse, Horkheimer ou Deleuze) ; c'est-à-dire qu'il explique le monde et l'activité qui l'anime à travers un processus de relations de forces en compétition constante, un monde mû par la *Volonté-de-Puissance* – la volonté de dominer et d'accumuler de la puissance. Plus spécifiquement, ce processus ontologique fondamental anime la direction des forces, soit dans le sens de la croissance ou de la décroissance. Le mouvement perpétuel qui en résulte permet une certaine structure et anime l'*Éternel-Retour* (concept ontologique nietzschéen qui est développé un peu plus loin) de la vie et des évènements. Dans le monde organique, la *Volonté-de-Puissance* peut orienter une hiérarchie d'instincts naturels formant ainsi une perspective interprétative – la culture – qui se traduit par des pensées et des jugements de valeur qui devraient orienter l'être vers une vie exubérante de puissance, de santé, de créativité et de liberté. En ce sens, comme l'explique Nietzsche, le sujet vivant résulte d'un nombre important de rapports de forces corrigées par l'habitude qui intègrent, plus précisément, une longue série de jugements et de valeurs incorporées. Conséquemment, beaucoup de ce qui est moralement décrété - imposé en fait - comme bon, bonne valeur, bonne morale, bon comportement infirmier (bonne pratique, emploi des technologies du soin, gestion bureaucrate des épisodes de consommation de soins, intégration du discours biomédical), constitue – à la lumière du concept de la *Volonté-de-Puissance* – le fruit de normalisations morales.

Ainsi, dans le cadre de cette thèse, l'ontologie de la *Volonté-de-Puissance* tintera à l'analyse et à la théorisation de l'évolution des valeurs de soin humain qui – en tant que constellations – alimentent la nature des relations complexes entre la modernité et le discours humaniste.

5.1.3 Les chemins modernes du nihilisme nietzschéen

> « On aura sans doute deviné ce qui s'est passé en réalité avec tout cela et sous le couvert de tout cela : la volonté de se torturer soi-même, la cruauté rentrée de l'homme-animal refoulé dans sa vie intérieure, repoussée en lui-même, enfermée dans « l'État » pour être apprivoisé, et qui a inventé la mauvaise conscience pour se faire mal, après que l'issue naturelle de la volonté de faire du mal eut été bouclée. » (Nietzsche, 1971a : 104)[21]

Dans cette section, nous présentons les éléments centraux de la critique de l'*État* – mais surtout sa fonction de domination – telle que développée dans la « *Généalogie de la Morale* » (Nietzsche, 1971a). De même, nous employons cette critique et les éléments qu'elle adresse *en métaphore* afin de proposer une explication de comment les systèmes sanitaires modernes génèrent et maintiennent des conditions morales oppressives sur les infirmières et les patients. Puis, toujours à la lumière des écrits nietzschéens, nous avançons que cette domination peut miner un projet de *Transvaluation* et même la *vie*. Plus spécifiquement, nous développons un parallèle entre les *fonctions* de l'*État* nietzschéen et les *fonctions* de domination des idéologies des systèmes sanitaires modernes notamment par la mise en place (et l'expérience humaine) de la *mauvaise conscience*, du *ressentiment* et ultimement du *nihilisme*. Le concept d'*État nietzschéen* est important dans le contexte de cette thèse puisqu'il permet de théoriser que l'idéologie néolibérale des systèmes sanitaires

[21] Généalogie de la morale, deuxième essai, § 22.

exerce les fonctions de l'*État nietzschéen* par l'imposition notamment de la technocratie et de la bureaucratie assurant et favorisant la domination des sujets : et plus spécifiquement, les infirmières et les patients qui font l'expérience d'une telle gouvernance[22]. Le tableau 8 montre les éléments parallèles de cette *métaphore*.

Tableau 8. Métaphore de l'État nietzschéen

MÉTAPHORE	
État nietzschéen	État sanitaire (système sanitaire moderne)
Discours dominant : christianisme	Discours dominant : idéologie sanitaire
Métaphysique	• néolibéralisme • bureaucratie • technocratie
Mauvaise Conscience	origine du conflit entre valeurs du soin humain et valeurs modernes
Ressentiment	résistance à l'expression des valeurs humaines
Nihilisme	• attrition • déshumanisation • instrumentalisation

D'abord, nous recourrons au texte de la « *Généalogie de la Morale* » pour suggérer que l'*État* génère et maintient des conditions spécifiques favorisant la domination des sujets où ceux-ci subsistent dans une forme de démocratie déguisée gouvernée au moyen d'une *structure étatique* – une hiérarchie de valeurs dominantes – mise en place *par* et *pour* la puissance de cet *État*. Dans ces contextes, explique Nietzche (1971c), se sent libre seulement l'humain qui obéit à l'*État*. Plus spécifiquement, dans la perspective de la *Volonté-de-Puissance*, pour Nietzsche, obéir constitue autant une fonction de la

[22] Voir les études recensées au chapitre deuxième.

conservation des sujets que, pour l'*État*, de commander dans une dynamique d'équilibre nécessairement jamais atteinte. Nietzsche expose que le sujet-dominé et les relations sociales qu'il peut entretenir constituent une pluralité de forces hiérarchisées, telles des constellations de *Volonté de Puissance* qui se commandent et s'obéissent inlassablement. En effet, le sujet-dominé résulte d'un nombre important de rapports de forces corrigées par l'habitude qui intègrent, plus particulièrement, une longue série de jugements incorporés, jugements qui constituent, en fait, des évaluations en fonction de valeurs morales promulguées, dont plusieurs sont déployées par un *État*.

Dans cette perspective, l'*État* se doit de maintenir et renforcer les conditions de soumission des sujets aux valeurs et morales déployées. À cet effet, l'*État* met en œuvre plusieurs conditions et structures donnant l'impression d'une certaine liberté pour les sujets, et ce dans une démocratie supposément sécuritaire et fertile, où tout un chacun se sent égal. Dans ce contexte social moderne, la promesse d'égalité et de liberté rassure le sujet qui ressent une protection sociale, avec en plus, la possibilité de bénéficier des avantages mis de l'avant par l'État [telle l'accessibilité aux services sanitaires]. Conséquemment, nous proposons que beaucoup de ce qui est moralement décrété - imposé en fait - comme bon, bonne valeur, bonne morale, bons comportements, *bonne pratique*, etc., puisse constituer le fruit de normalisations morales martelées, rentables et utiles à l'*État* et, plus particulièrement, à sa cumulation de puissance. L'*État* s'affaire donc à l'imposition d'une hiérarchie stricte des valeurs, « une morale étatique » explique Nietzsche, de ce qui est bon vers ce qui est mauvais afin de normaliser et contrôler les sujets. De plus, afin d'assurer la dépendance des sujets, l'*État* exercer aussi un contrôle minutieux sur les divers avantages dont les sujets ou les *esclaves* bénéficient [en

l'occurrence, et plus spécifiquement en lien avec cette dissertation : les systèmes sanitaires].

> « L'origine de la mauvaise conscience n'a pas pris l'aspect d'une adaptation organique à une situation nouvelle, mais celui d'une rupture, d'un saut, d'une contrainte, d'une fatalité inéluctable contre laquelle on ne pouvait pas lutter *[...]*. » (Nietzsche : 1971a : 104)[23]

> « Dans ce cas, l'État le plus ancien a été une tyrannie effroyable et une impitoyable machinerie d'oppression, jusqu'à ce que cette matière première, le peuple, les semi-animaux, ait fini non seulement par devenir malléable et docile, mais aussi par être *formée.* » (Nietzsche, 1971a : 96)[24]

Puis, le tour de force *étatique* culmine par la mise en place de stratégies de domination visant l'exploitation habile de la *mauvaise conscience* par la soumission aux conventions morales et le sacrifice de soi. À cet effet, Nietzsche argue que l'*État* alimente inexorablement le *ressentiment* par l'engravure mnémotechnique de la *mauvaise conscience* qui imprime des expériences récurrentes de souffrance, mais surtout l'effacement progressif des instincts de survie, entraînant éventuellement l'abnégation de soi – en tant qu'*humain*. Dans ces conditions, explique Nietzsche, créer la souffrance ne suffit pas ; l'*État* justifie cette souffrance afin d'assurer l'asservissement des sujets. Puisque le sujet moderne, explique Nietzsche, a l'ardent besoin de trouver une raison à tout, il se complaît à alimenter sa souffrance dans un marasme métaphysique, une rumination intellectuelle qui entraîne inéluctablement le *nihilisme*.

---

[23] Généalogie de la Morale, deuxième essai, § 22

[24] Généalogie de la Morale, deuxième essai, § 17

5.1.4 Le Nihilisme

> « A nihilist is a man who judges of the world as it is that it ought not to be, and of the world as is ought to be that it does not exist » (Nietzsche, 1995b : 369)[25]

Il convient d'abord de préciser que nous proposons ici une certaine interprétation du *nihilisme nietzschéen* – concept central de l'argumentation à venir – qui prend racine dans les écrits de Nietzsche, mais aussi fortement ramifiée dans les arguments de Froese (2006) et Reginster (2006). En fait, le nihilisme ici proposé a été avancé par plusieurs auteurs en théorie sociale critique, notamment ceux de l'école de Frankfurt, dont Adorno, Horkheimer et Marcuse. Ces derniers le présentent comme une « *situation* » de vide existentiel crée par la dévalorisation de (la hiérarchie de) valeurs naturelles chez l'homme au sein d'une société moderne au bord de l'instrumentalisation[26]

Le concept de *nihilisme* nietzschéen suggère une explication des processus psychologiques et physiologiques qui animent la dévaluation des valeurs les plus hautes de la hiérarchie de valeurs (de la vie) et mine ainsi le projet de la *Transvaluation* de toutes les autres valeurs. Le *nihilisme* peut être faible/réactif, et donc entraîner l'effondrement (et dans des cas plus rares, le surpassement) d'une hiérarchie et entacher la possibilité de *Transvaluation* et de surpassement. Ici, c'est la *Volonté-de-Puissance* qui anime les processus et la norme d'une nouvelle orientation/hiérarchisation des valeurs.

---

[25] La Volonté de Puissance, volume II, § 369

[26] Voir 2.1 Le projet des Lumières et la pénombre moderne

Dans la *Généalogie de la Morale*, Nietzsche (1971a) explique que le nihilisme faible/réactif, en occurrence la dévaluation et irrémédiablement une hiérarchie de valeurs déstabilisée, deviennent rapidement assujetties et dominées par des valeurs en puissance émanant des discours modernes ou religieux (chrétiens). Les conséquences de ce nihilisme faible/réactif sont donc décadentes et autodestructrices. Psychologiquement, l'expérience du nihilisme faible/réactif est empreinte de pessimisme ; une attitude saturée de subjectivité qui laisse l'être ambivalent et fuyant entre plusieurs situations qui peuvent hypothétiquement se réaliser, une sorte d'errance dans le vide existentiel. Dans ces conditions, l'être n'a point d'assise pour s'affirmer ou simplement pour ériger les bases d'une hiérarchie de valeurs pour l'affirmation de soi ou pour une vie authentique. Nietzsche précise d'ailleurs que, dans ces conditions, le nihilisme peut entrainer une conversion totale au discours dominant.

> « Detached and idealistic, values, instead of dominating and guiding action, turn against action and condemn it. Opposites replace natural degrees and ranks. *[...]* At this point nihilism is reached: all one has left are the values that pass judgment – nothing else. Here the problem of strength and weakness originates: 1. The weak perish of it; 2. those who are stronger destroy what does not perish; 3. those who are strongest overcome the values that pass judgment. In sum this constitutes the tragic age. » (Nietzsche 1967 : 24)[27]

Toutefois, nous avise Nietzsche (1971a), il ne s'agit pas de sombrer dans le défaitisme. En effet, bien que la critique nietzschéenne de l'homme moderne soit majoritairement négative et pessimiste, le philosophe piste toutefois le lecteur sur plusieurs avenues pour surpasser ce *Nihilisme* faible/réactif, dont le projet de la transvaluation de

[27] Will to Power (Kaufmann & Hollingdale, 1967) : Nihilism, § 37.

toutes les valeurs qui s'ensuit d'un *Nihilisme* fort/actif. En effet, le nihilisme fort/actif peut laisser place à une nouvelle hiérarchie de valeurs qui peut être érigée à la suite d'une réévaluation de toutes les valeurs.

Ce nihilisme fort/actif, et plus spécifiquement les processus de surpassement qui l'animent peuvent permettre un abandon des valeurs asservissantes et l'affirmation de valeurs libératrices et vivifiantes. Il s'agit alors d'un processus nécessitant une affirmation claire de soi (en tant qu'individu, groupe ou classe sociale) et de ses propres valeurs.

> « Esprit audacieux, explorateur, qui s'est une fois égaré dans tous les labyrinthes de l'avenir ; oiseau de prophète à qui il suffit de regarder en arrière pour raconter ce qui viendra ; il est le premier nihiliste accompli, ayant poussé en lui-même ce nihilisme jusqu'à son terme, il l'a mis derrière lui, au-dessus de lui, hors de lui ! » (Nietzsche, 1995 : 8)[28]

Plus spécifiquement, on comprend que ce sont des valeurs qui peuvent permettre une libération de l'asservissement ; celles qui sont incarnées dans la culture et transmises de génération en génération.

Enfin, il faut noter que l'ontologie de la *Volonté-de-Puissance* et de *l'Éternel-Retour* contribuent à la possibilité de surmonter le *nihilisme* (par la transvaluation) en expliquant la structure et en favorisant la possibilité de sélection des valeurs et leur recombinaison dans nouvelle hiérarchie (émancipée).

[28] Volonté de Puissance, § 11.

5.1.5 L'affirmation de la Vie Naturelle

> « Non ! La vie ne m'a pas déçue ! D'année en année je l'ai trouvée au contraire plus vraie, plus désirable et plus mystérieuse – à partir du jour où la grande libératrice est venue sur moi, la pensée qu'il nous était permis de voir dans la vie une expérimentation de la connaissance. […] – « La vie comme moyen de la connaissance. » (Nietzsche, 1989 : 216)[29]

Dans cette section, nous proposons une interprétation du concept de *l'affirmation de la Vie* qui constitue une prémisse importante de la philosophie nietzschéenne. D'abord et avant tout, Nietzsche rappelle que la *Vie* est absolument une fonction non exclusive de l'humain. La vie est omniprésente dans la *Nature* et anime la structuration et la préservation des organismes qui en sont animés. Nietzsche ne dépeint pas un tableau de valeurs spécifiques à la *Vie* humaine (même s'il condamne le nihilisme ou le ressentiment) puisque ces valeurs dépendent toujours de la perspective de celui qui les *met en valeur*. Par exemple, les valeurs qui soutiennent la vie ne sont pas les mêmes chez l'enfant que chez la personne âgée ou une plante. Bien que cette définition de la *Vie* puisse sembler relativiste, Nietzsche soutient que ce qui favorise la *puissance* favorise la vie, et que l'expression la plus simple de la vie demeure dans la *Nature*. Sur ce point, Nietzsche explique que la *Nature* « *est ce qu'elle est en soi dans toute son extravagance et sa magnificence indifférente* » (Nietzsche, 1985). La vie naturelle est donc spontanée par opposition à la Raison humaine qui cherche à tout comprendre, prédire et transformer, comme en témoigne l'anthropocentrisme moderne.

Tout comme Nietzsche, nous avançons que la vie naturelle constitue (devrait constituer) une valeur *haute* de la (hiérarchie de la) vie humaine. De plus, le choix de

[29] Le Gai Savoir, § 324.

l'affirmation de la Vie Naturelle devient capital dans le contexte de cette étude puisque cette *affirmation* constitue théoriquement – philosophiquement – une des avenues probables permettant de proposer un éventuel surpassement de l'*instrumentalisation*. Cependant, il est important de souligner que cette *affirmation* n'est pas un choix facile devant l'envahissement des valeurs d'une forme de vie instrumentale ; ainsi dans les contextes modernes, cette affirmation de la vie naturelle constitue davantage un *idéal*, un but à atteindre – un *problème* pour Nietzsche – devant l'instrumentalisation asservissante.

Parallèlement, pour Nietzsche (1989), *affirmer la Vie* signifie exprimer la conation et se préserver, se réaliser et se surpasser avec les possibilités du présent, orientées vers le futur. Métaphoriquement, on peut dire que la *Vie* est une forme de praxis de valorisation (*mise en valeur*) créative – dans un monde qui est donné et construit simultanément. Puisque la vie est toujours incertaine de sa durée et de son intégrité, elle devrait demeurer toujours active et à la recherche de la structure et de la puissance. Ainsi, la vie (et la hiérarchie de valeurs qui la soutiennent) doit se créer; elle ne peut simplement rester sur des faits statiques. En ce sens, l'activité de la vie consiste en une praxis de mise en valeur (et donc de perspective) pour que celle-ci puisse se préserver et grandir. Cette fonction créative de la vie, qui constitue aussi un idéal, anime sa transformation perpétuelle ; elle peut engendrer un surpassement de la résistance, générateur de sentiments d'auto-efficience et de liberté qui, par ricochet, soutiennent la vie. Ainsi, seulement une pratique de valorisation créative-transformative peut garantir l'affirmation et le maintien de la vie. *Affirmer la Vie* signifie affirmer sa récurrence éternelle ainsi que la récurrence éternelle des conditions et des sentiments dans lesquelles elle peut de réaliser en puissance (Reginster, 2006).

Par ailleurs, dans la perspective nietzschéenne, la *Vie* vaut la peine d'être vécue seulement dans un système de valeurs (hiérarchie) qui en permet l'expression libre et la créativité (par définition, elle veut éviter le nihilisme et le spectre possible du nihilisme fait nécessairement évoluer la vie). Aussi, tel que nous l'avons mentionné, lorsque certaines valeurs externes dominantes répriment/menacent les valeurs en place (possibilités, intégrité, durée, réalisation) de la vie d'un organisme, un phénomène adaptatif nihiliste peut se produire et prend alors une forme active ou réactive. Dès lors, lorsque nos valeurs ne sont plus exprimables et tenables, nous pouvons subir l'effondrement de la hiérarchie de valeurs qui anime notre *Vie* sous le poids de valeurs externes. Dans ces conditions, la friction et la souffrance d'incohérence de valeurs altèrent notre fonction conative de la *Vie* ; supprimant l'idée de l'effort, de la volonté de l'action, ou de se libérer ou d'une domination. En fait, c'est la dévaluation (discréditation, remise en doute, abandon) de ces valeurs externes (et certaines valeurs internes) qui favorise la *Vie* en éliminant le retour des valeurs faibles ou désadaptées.

5.1.6 L'Éternel-Retour (ER)

> « Qu'arriverait-il si, de jour ou de nuit un démon te suivait une fois dans la plus solitaire de tes retraites, et te disait : "Cette vie, telle que tu l'as vécue, il faudra que tu la revives encore une fois, et une quantité innombrable de fois ; et il n'y aura en elle rien de nouveau, au contraire. Il faut que chaque douleur et chaque joie, chaque pensée et chaque soupir, tout l'infiniment grand et l'infiniment petit de ta vie, reviennent pour toi, et tout cela dans la même suite et le même ordre et aussi cette araignée et ce clair de lune entre les arbres, et aussi cet instant et moi-même. L'éternel sablier de l'existence sera toujours retourné de nouveau, - et toi avec lui, poussière des poussières ". Ne te jetterais-tu pas contre terre en grinçant des dents et ne maudirais-tu pas le démon qui parlerait ainsi ? Ou bien as-tu déjà vécu l'instant prodigieux où tu lui répondrais : " Tu es un dieu, et jamais je n'ai entendu parole plus divine. » (Nietzsche, 1989 : 232)[30]

Ce passage-clé du Gai Savoir (1989) n'est pas l'explication de l'*Éternel-Retour* en soi, mais une forme d'avertissement si l'homme ne s'affirme pas ; si rien n'est fait, l'homme est condamné au même ou à sa défaite. L'*Éternel-Retour* est une abstraction philosophique fondamentale et un concept majeur dans la pensée de Nietzsche. L'*Éternel-Retour* est fort probablement le concept et le postulat le plus ontologique, éthique et fondamental de sa philosophie – et qui est en quelque sorte appelé à remplacer la métaphysique (Hatab, 2004). Pour comprendre les implications (enjeux ?) de l'*Éternel-Retour*, il faut d'abord le considérer sous son aspect ontologique (un processus temporel cosmologique) et puis dans son aspect éthique (Drummond, 2000 ; Grosz, 2004 ; Hatab, 2004).

[30] Le Gai Savoir, § 341.

D'une part, il s'agit d'un postulat ontologique déployé pour tenter d'expliquer le mécanisme élémentaire qui anime les structures du monde. En ce sens, il complète les fonctions et les difficultés théoriques engendrées par la Volonté de Puissance. D'autre part, l'*Éternel-Retour* constitue un aussi un principe (régulateur) éthique fondamental. Il est un fatum[31] dont la maxime dit : « *ce tu choisis, le veux tu pour toujours ?* » (Drummond, 2000 ; Grosz, 2004). Selon Nietzsche, ce fatum oriente les valeurs et la transvaluation afin de favoriser le surpassement de soi et l'affirmation de la vie.

5.1.6.1 L'Éternel-Retour comme postulat ontologique

Pour Nietzsche, la nature cosmologique temporelle de l'*Éternel-Retour* implique que « ce » qui revient dans le temps est toujours transformé (la réalisation, la structuration de ce qui était présent dans le passé), et ce qui demeure éternellement – dans le temps qui passe – c'est justement la possibilité transformative ontologique inhérente à l'*Éternel-Retour*. Ceci dit, à l'instar de notre propension moderne de considérer le temps – qui manque toujours – comme un mécanisme qui use et détruit la vie, Nietzsche propose plutôt de concevoir le temps comme une opportunité de changement et d'amélioration, mais surtout comme une possibilité de l'affirmation de la vie. Plus spécifiquement, il faut comprendre l'*Éternel-Retour* comme l'éternel passage du passé vers le futur qui se produit dans le présent, lui-même éternellement en devenir, animé par le mécanisme de l'*Éternel-Retour*. Ainsi, nul ne peut changer le passé, il ne peut que vivre (dans) le présent qui emmène avec lui les possibilités du (dans le) futur. Autrement dit, il s'agit d'un éternel

[31] Fatum : « *Mot à mot chose dite, destin irrévocable, « ce qui est écrit » ; Fatalité*. » Lalande (2007 : 345).

devenir. Mais encore, c'est dire que le temps, dans l'optique de l'*Éternel-Retour*, est un créatif : il soutient la possibilité de recréer « ce qui était » dans ce « que je désire qu'il devienne ». Et, tel que le suggèrent Drummond, Grosz et Reginster, l'*Éternel-Retour* enferme la possibilité de changement, d'amélioration et de surpassement ; seulement ce qui est à venir (la vie en devenir) ne peut être que conditionné – désiré – que par une éthique de surpassement en puissance.

5.1.6.2 L'Éternel-Retour comme principe éthique

L'être perçoit et donne sens à une existence saturée d'évènements qui sont hors de son contrôle. Devant ce fatum, et pour ne pas sombrer dans le Nihilisme faible, Nietzsche avance qu'il faut être capable de changer certaines de nos interprétations hâtives puisque celles-ci ne sont pas nécessairement déterminées d'avance (Grosz, 2004). Dans ce sens, la pensée, tel un estomac, doit prendre le temps de digérer – comprendre à un certain degré – ce et pourquoi elle interprète (Nietzsche, 1971a). Le passé ne peut être changé, mais sa signification est éternellement à refaire puisqu'elle dépend de ma (future) relation avec le futur.

En ce sens, la fonction éthique de l'*Éternel-Retour* permet de choisir (identifier) les valeurs qui favorisent la *puissance*, la structure et la vie en fonction des choix modulés par une éthique de la puissance afin de pouvoir se surpasser et affirmer une vie exubérante – que Nietzsche voudrait la plus naturelle possible, c'est-à-dire dépourvue de valeurs qui cherchent a en modifier la composante fondamentalement spontanée. Parallèlement, la *Volonté-de-Puissance* est le processus qui anime ces valeurs ; elle anime leur volonté de

dominer les autres et leur volonté de se placer au plus haut dans la hiérarchie de valeurs. Ainsi, le surpassement de soi et l'affirmation de la vie se font à la lumière de valeurs qui sont désirées, injectées, et qui peuvent persister dans l'*Éternel-Retour*. Autrement dit, l'éthique de l'*Éternel-Retour* permet de répondre et d'affirmer que notre vie actuelle, les valeurs qui l'animent et les sentiments qui l'accompagnement, est récurrente en permanence – serons nous bien, capables de supporter une telle vie, et ce pour toujours ?

Par ailleurs, la fonction éthique de l'*Éternel-Retour* consiste aussi à moduler (le rôle de) la *Transvaluation* qui évalue (choisit et met en structure/hiérarchie) les valeurs ; c'est en ce sens qu'elle complète l'ontologie nietzschéenne de la *Volonté-de-Puissance*. En effet, la fonction éthique de l'*Éternel-Retour* oriente le choix et la mise en valeur des valeurs (Grosz, 2004 ; Hatab, 2004).

Tel que nous l'avons vu, l'argument « transvaluatif » nietzschéen développé dans la *Volonté de Puissance* (Nietzsche, 1995) expose que seules les valeurs les plus puissantes (et celles qui promeuvent naturellement la vie) peuvent être souhaitées éternellement (pour toujours), puisque ce sont celles qui offrent le moins de résistance, et donc le moins de souffrance. Dans cette perspective, l'homme qui réévalue, peut se transformer et se surpasser, mais seulement par l'affirmation de valeurs – animées par le principe de l'*Éternel-Retour* – qui favorisent la vie d'évolution naturelle. En fin de compte, l'*Éternel-Retour* conditionne l'affirmation de la vie et les attitudes vitales nécessaires et subséquentes ; l'*Éternel-Retour* détient un rôle prépondérant dans l'interprétation des évènements.

5.1.7 La Transvaluation de toutes les valeurs

Il demeure difficile aujourd'hui de décrire spécifiquement / explicitement en quoi consiste la transvaluation de toutes les valeurs à la lumière de l'ensemble des écrits nietzschéens puisque l'auteur n'est finalement pas parvenu à terminer l'explication de ce processus fort complexe, mais combien fondamental de sa pensée. Nietzsche a tout de même explicité les grandes lignes de ce projet à travers la majeure partie de son œuvre et, pour les besoins de cette thèse, nous allons emprunter principalement une synthèse de la transvaluation de toutes les valeurs telle que proposée par le philosophe Keith Ansell-Pearson (2006), commentateur nietzschéen reconnu. Ce dernier explique que la transvaluation de toutes les valeurs n'est pas nécessairement un processus de création de nouvelles valeurs, mais davantage le produit de l'analyse généalogique (historico-analytique) et critique (ontologique) d'une hiérarchie de valeurs nihilistes faibles/réactives afin de surpasser celle-ci par l'affirmation d'une nouvelle hiérarchie qui favorise la vie (l'affirmation de la vie) conditionnée par l'Éternel-Retour.

Similairement, tel que l'expliquent Betts (2008) et Drummond (2000), la philosophie nietzschéenne expose une fervente passion pour la vie et l'union avec la *Nature* (la *Nature* du monde externe et sa propre nature donnée en tant qu'animal humain) ainsi qu'une préoccupation profonde pour le bienêtre fondamental de l'être humain. Conséquemment, la *Transvaluation* de toutes les valeurs consiste en l'affirmation d'une hiérarchie de valeurs qui favorise les conditions d'émancipation naturelles de la vie.

Par ailleurs, l'argument central de la *Généalogie de la Morale* prône une *Transvaluation* de toutes les valeurs qui animent la vie humaine dans les sociétés modernes. Dans cet ouvrage, Nietzsche expose comment les hommes modernes sont devenus assujettis aux discours religieux et scientifiques érigés sur des hiérarchies de valeurs scrupuleusement choisies, façonnées et modulées par les institutions (constellations) de pouvoir. Or, Nietzsche affirme fervemment qu'il faut s'en affranchir – en d'autres mots : transvaluer ces valeurs et leurs hiérarchies qui (nous) sont imposées. Plus particulièrement, Nietzsche expose une argumentation particulièrement virulente expliquant comment l'État génère et maintient des conditions favorisant la domination et l'exploitation des sujets dans une démocratie « déguisée ». Dans ces contextes, explique-t-il, seul se sent libre l'humain apprivoisé et conditionné par les valeurs de l'État.

> « – Il y a quelque part encore des peuples et des troupeaux, mais ce n'est pas chez nous, mes frères : chez nous il y a des États.
> – État? Qu'est-ce, cela ? Allons ! Ouvrez les oreilles, je vais vous parler de la mort des peuples.
> – L'État, c'est le plus froid de tous les monstres froids: il ment froidement et voici le mensonge qui rampe de sa bouche: " Moi, l'État, je suis le Peuple. " »
> (Nietzsche, 1971c : 70)[32]

Nietzsche (1971a) avance que le *ressentiment* des modernes les a précipités dans la dévaluation de leur propre hiérarchie de valeurs; ce qui les a rendus vulnérables à l'assujettissement de valeurs imposées par l'État via ses discours technique, bureaucratique et religieux. Face à ce constat, Hatab (2004) expose qu'il faut beaucoup de volonté et d'affirmation à celui qui cherche à réévaluer (et *Transvaluer*) ses propres valeurs. Celui-ci doit rester le moins possible attaché dans les émotions ou interprétations du passé. Celui qui

[32] Ainsi parlait Zarathoustra : *De la nouvelle Idole*.

réévalue ses valeurs devra viser l'universalisation interne de ses propres valeurs. Le fait (la volonté) de vouloir symboliquement – pour toujours – convertir les « forces » de certaines actions (et valeurs) réactives en forces actives –, est un processus vivifiant qui supprime la décadence et le nihilisme faible. Son rôle pratique conditionne l'invitation substantielle à réaliser sa vie selon une hiérarchie de valeurs dans une structure en puissance (en domination des valeurs externes/extracorporelles). Dans cette perspective, explique Dries (2010), la *Transvaluation* implique une révision de la structure « organique » et de valeurs de la grappe en soi. Il faut donc défaire cette structure tout comme il faut désapprendre ces valeurs et les oublier. Dans cette dernière action, il faut penser et sentir ces valeurs différemment dans le but de devenir ou se surpasser. Ainsi, la transvaluation demeure un projet difficile, car toute grappe « localement sélectionnée » sera par défaut incapable de faire compétition.

Chapitre 6. La thèse *métaphysique de la TSHW* mise à l'épreuve

6.1 Introduction : plans d'analyse dialectiques

Les premiers chapitres de cette thèse ont dressé les effets instrumentaux de la modernisation des systèmes sanitaires sur l'évolution et l'expression des valeurs qui animent le soin humain. De même, nous avons montré que, parmi les solutions envisagées à cette instrumentalisation, plusieurs auteurs considèrent l'humanisation de soins et services sanitaires, et plus particulièrement certaines des orientations théoriques et pratiques infirmières développées dans la TSHW. Cette théorie du soin humain propose un vaste projet d'humanisation des systèmes et soins sanitaires à la lumière des enjeux modernes qui sapent les services de santé. En effet, la TSHW insiste sur l'intégration de valeurs – dont plusieurs sont clairement annoncées comme métaphysiques et humanistes – dans les sciences[33] et les pratiques du soin humain.

Toutefois, nous avons parallèlement exposé la présence d'incohérences théoriques significatives, telles certaines affirmations ésotériques (occultes/hermétiques)[34] et/ou dogmatiques à même les postulats fondamentaux qui semblent compromettre la légitimité

[33]« *Sciences* » chez Watson (1979, 1985, 1999, 2005) : science du caring, sciences pures, sciences humaines, sciences naturelles, science sacrée.

[34] Esotérique : occulte : « Dont l'explication est inconnue *[...]* se présente à l'esprit comme une propriété donnée, irréductible et inexplicable *[...]* ce sont des sciences sans archives (dogme), et qui se transmettent à des initiés, à l'aide de signes spéciaux, « cabalistiques ». Elles redoutent le grand jour et s'évanouissent pour le plupart quand on les soumet à la critique. » Lalande (2007 : 297-298, 712-713)

du projet de la TSHW. Ainsi, nous conduisons une analyse dialectique pour chacune des propositions centrales à la TSHW qui visent principalement à analyser la cohérence et la pertinence a) de la nécessite d'une métaphysique transcendantale et b) de la promotion de l'humanisme, pour faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires.

Plus spécifiquement, nous allons élaborer une dialectique pour chacune de ces « propositions » en dégageant les diverses valeurs qui y sont associées et en confrontant ces affirmations à certains arguments nietzschéens issus de notre référent conceptuel afin de proposer éventuellement des synthèses alternatives qui visent a dégager un certain vrai théorique en éliminant les faux énoncés théoriques. Ces synthèses seront articulées sur un fond de réalisme modéré, c'est-à-dire que nous tenterons de développer des connaissances en termes de vérités *probables* sur des réalités principalement objectives et indépendantes selon des paramètres de rigueur spécifiques ; testables en référence à certaines évidences (empiriques ou par le sens commun) ; et sujets à la critique ; donc corrigibles, rectifiables et falsifiables (Kikuchi, 1992).

Le chapitre 6, présente la première dialectique qui analyse la pertinence et la cohérence de la proposition de la TSHW de la nécessité de la métaphysique pour promouvoir les soins humains dans les systèmes sanitaires modernes. Nous présentons d'abord la thèse de la TSHW, puis son antithèse nietzschéenne et la synthèse. Enfin nous traitons nos résultats dans la discussion à la fin de ce chapitre.

6.2 La thèse : la métaphysique comme fondement du soin humain

> « People will always choose substitutes for metaphysics. Because of the indestructible need for her, they will accept anything, however tawdry, however absurd, as a surrogate. Yet it is only metaphysics that, while preserving one in the deepest ignorance, while delivering up not the smallest grain of knowledge of anything, […] promises something better. For metaphysics promises wisdom, a wisdom inseparable from ignorance, but whose glow is nevertheless genuine, from itself, not borrowed, and not merely the reflection of our bright and selfish hopes. » Charles Taylor dans Watson (1979 : 41-42).

Même si la métaphysique occupe une place fondamentale dans la TSHW, son explication ne débute que dans le second ouvrage édité en 1985 (*Nursing : Human Science and Human Care*) (voir la note importante)[35]. À l'origine, cette métaphysique est essentiellement adaptée de la philosophie post existentielle et néo-naturaliste de Charles Taylor. Principalement, elle est décrite comme un monde extracorporel pandimensionnel qui permet une forme de « connexion » avec un monde spirituel. Ainsi, Watson (1985)

---

[35] À noter, le premier ouvrage *Nursing : the Philosophy and Science of Caring* (Watson, 1979) ne traite pratiquement pas de la métaphysique ; ce concept, qui devient central à sa théorie sur le soin humain n'apparaît que dans le second ouvrage de 1985 – qui est une bonification / clarification importante de la théorie des facteurs caratifs (1979) et leurs prémisses ontologiques, épistémologiques et éthiques. Dans l'ouvrage de 1979, Watson n'aborde (même) pas encore explicitement le concept d'âme (soul) (si central à la théorie du caring) et ne fait qu'une timide allusion à l'esprit humain qu'elle associe à certaines facettes religieuses et intimes de la personne qu'il faut honorer et respecter lors de nos pratiques du soin, sans plus ; « The nurse's acknowledgment, appreciation, and respect for the spiritual meaning in a person's life can be comforting to the person. » (Watson, 1979, pp. 92). L'emphase sur la définition, l'intérêt et la nécessité de la métaphysique pour la pratique du caring n'apparaît clairement que dans le second ouvrage de Watson édité six ans plus tard.

insiste sur la nécessité de croire en ce quelque chose d'universel – métaphysique – mystérieux, mais bien, qui est là, partout, et qui unit tous les êtres et le monde sans qu'on ait toutefois le besoin de chercher à la saisir pleinement ou même à l'expliquer (Watson, 1985 : 42-44). L'idée initiale de la métaphysique est donc principalement de l'ordre d'une croyance – « a wisdom » (Watson, 1979).

La métaphysique de la TSHW est donc présentée comme une croyance et une opportunité de connexion qui constitue, pour Watson (1985), la voie alternative et la réponse de choix à l'instrumentalisation et à la colonisation des systèmes sanitaires par les discours modernes biomédicaux réductionnistes et déshumanisants. Effectivement, Watson explique que la colonisation des systèmes sanitaires initiée par des discours positiviste / paternaliste / rationnel / réductionniste a progressivement écarté toute forme de pensée spirituelle, religieuse ou alternative dans la théorie et la pratique des soins infirmiers, d'où la nécessité, selon Watson (1985), de réintégrer et de préserver la métaphysique afin de mettre de l'avant des valeurs holistiques et spirituelles pour la pratique du soin humain infirmier.

Toutefois, le concept de métaphysique développé dans l'ouvrage (Watson, 1985) demeure fort abscons puisque très peu élaboré, mis à part quelques vagues références théoriques ou (pseudo) philosophiques à Florence Nightingale, Carl Jung, Charles Taylor et même (paradoxalement) Heidegger. En fait, l'argument justificateur appuyant l'intégration de la métaphysique dans la TSHW est principalement alimenté par une réaction négative aux constats de l'invasion du scientisme, du séparatisme, du cloisonnement et rivalité des spécialités professionnelles par organes, ou de l'hégémonie progressive et de discours

hermétiques des disciplines. Pour Watson (1985, 1999, 2005), tous ces phénomènes contribuent à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires puisqu'ils traduisant une transposition matricielle de la pensée biomédicale sur le corps soigné comme objet et locus de traitements, de *cure* et de progrès. De plus, pour Watson, il se crée dans ces environnements instrumentaux une destruction de l'esprit et de l'âme humaine : « The human soul is further destroyed with a depersonalized, manmade environment, advanced technology, and robot treatment for cure, delivered by stranger in a strange environment » (Watson, 1985 : 39).

Alors, devant les constats inquiétants de déshumanisation, mais surtout de l'instrumentalisation, Watson avance que l'intégration et la valorisation de la métaphysique permettra aux infirmières (et autres professions de la santé) de conserver et de développer la relation transpersonnelle-spirituelle avec soi et l'autre (le soigné), et ainsi de préserver le soin humain et favoriser éventuellement la guérison. Watson mettra notamment de l'avant les idées de transcendance (1985), de conscience du soin holographique et quantique (1999), de connexion cosmique, de l'énergie de l'*Amour* infini ou de la conscience illuminée (2005) : tous avancées pour la préservation et la mise en pratique des soins humains infirmiers.

6.2.1 La relation transpersonnelle

> « Nursing science involves intersubjective human-to-human care, the process and practice of nursing become transpersonal and metaphysical. »
> (Watson, 1985 : 54)

Dans l'ouvrage de 1985, il est avancé que l'acquiescement éventuel de la métaphysique permettrait de redéfinir la personne-soignée comme un amalgame des concepts âme, corps et esprit recherchant l'harmonie, bien que ces concepts ne soient pas unifiés en soi. Parallèlement, cette métaphysique vise à réorienter la pratique du soin humain, qui devrait dorénavant se réaliser au moyen principalement d'une relation littéralement transpersonnelle : qui transcende les personnes et leurs corps, âme et esprit. Théoriquement, explique Watson, les champs phénoménaux (espaces métaphysiques) du soignant et soigné se rencontrent en un moment de soin humain, créant un *Point Focal* dans l'espace-temps qui transcende le passé, le maintenant et se projette dans le futur (Watson, 1985 : 71). Ce *Point Focal* est le lieu du transfert d'énergies transcendantales qui favorisent le soin humain et la guérison. Le transfert se fait mutuellement (par une trans-subjectivité). Il y a en ces moments un partage des expériences – dans le champ métaphysique – et la possibilité d'une relation authentique de soin humain. Celle-ci entraîne, ultimement, une forme de guérison qui n'est pas nécessairement synonyme de l'éradication de la maladie, mais plutôt de l'atteinte d'un niveau d'harmonie plus élevé. Subséquemment, la santé humaine est synonyme d'une conscience de soi qui transcende l'espace-temps et se traduit par une expérience d'harmonie corps, âme et esprit (Watson, 1985 : 53-62).

La dimension métaphysique est dès lors fort importante pour la compréhension de la relation d'humain à humain, et donc du soin. En effet, « the [transpersonal caring] relationship transcends the physical and material world, bound in time and space, […] and helps to account for notions like collective unconscious, causal past, mystical experiences, parapsychological phenomena [...]. » (Watson, 1985 : 50).

Ceci dit, la prochaine section traite du troisième ouvrage théorique de Watson (1999) *Postmodern Nursing and Beyond*, Watson. On y expose l'évolution des éléments métaphysiques initiés dans l'ouvrage de 1985. Nous verrons que la TSHW met dorénavant encore plus l'emphase sur les dimensions métaphysiques et transcendantales et que celles-ci sont dorénavant bonifiées par un certain discours critique et ontologique.

6.2.2 Vers l'archétype infirmier

> « The new, emerging postmodern-and-beyond discipline of nursing intersects much more closely with philosophy, art and humanities, feminist studies […] and deep, archetypal connections between the physical and spiritual, between the physical and the non-physical, and between the physical and the metaphysical. » Watson (1999 : 94).

Dans cet ouvrage, Watson (1999) continue à élaborer les conditions nécessaires pour le développement d'une discipline et d'une pratique infirmière authentique, c'est-à-dire émancipées de leurs emprises par les discours instrumentaux modernes[36] et

[36] Et l'ensemble des termes qui y sont associés : réductionnisme, objectivisme, scientisme, bureaucratie, technocratie, néolibéralisme, paternalisme, etc.

(re)focalisées sur des soins authentiquement humains. Pour cela, Watson insiste encore sur deux exigences fondamentales, soit : a) une réécriture de la perspective ontologique de l'infirmière moderne, et b) un accent encore plus important sur la relation transpersonnelle / métaphysique. Dans les deux cas, les arguments sont fortement teintés des références à une métaphysique transcendantale et parfois à certains courants pseudo-scientifiques, voire ésotériques, comme en témoigne le passage qui suit.

> « Within a contemporary postmodern-transpersonnel paradigm, focus on kinaesthetic of the body-physical ranges from basic skin care, […] [to] chiropractic, Feldenkrais fields, Jin shin Jyutsu, polarity work, Reiki and Trager work [...]. » Watson (1999 : 222)

Dans cet ouvrage critique, inspirée par quelques grandes lignes de la méthode d'analyse déconstructiviste derridienne, Watson procède à un examen des métanarratifs biomédicaux et néolibéraux modernes qui colonisent les systèmes sanitaires et déprécient par conséquent les valeurs traditionnelles du soin humain. À la suite de quoi, Watson propose une série de solutions, mais principalement une *réécriture* d'inspiration postmoderne de notre *ontologie infirmière*[37] (et des personnes que nous soignons, c'est-à-dire des *êtres-au-monde*) – comme archétype soignante / féminine. Elle propose également une *réécriture* de nos pratiques, de plus en plus instrumentales et déshumanisées, par l'adoption de la relation transpersonnelle du soin humain telle que développée jusqu'ici dans la TSHW.

---

[37] Pour Watson (1999 : 289) *l'ontologie infirmière* réfère à la représentation / présupposés modernes (*modern assumptions* ; Watson 2005 : 34) de la signification / image sociale de l'infirmière dans le monde moderne. L'ontologie infirmière prônée dans cet ouvrage (Watson 1999 : 94-95) vise à se départir d'une représentation mécanique réductionniste de la signification de l'infirmière et de promouvoir une ontologie relationnelle transcendantale unifiée / holistique avec l'Autre et l'Univers.

La *réécriture* ontologique d'une conception plutôt postmoderne de l'infirmière est fortement inspirée par le concept métaphysique d'archétype jungien (Jung, 1963 ; Lalande, 2007). Ce concept employé dans certains courants psycho-analytiques peut être représenté comme une image ancienne ou archaïque (mais surtout une définition des rôles et comportements) construite collectivement et inscrite dans un inconscient collectif ou une métaphysique collective. En effet, pour Jung (1963)[38], un inconscient collectif représente un espace métaphysique qui abrite plusieurs archétypes définissant (accumulant et synthétisant) certains de nos rôles sociaux, familiaux, culturels et même professionnels – par exemple le père, la mère, le héros, le vieil homme, la soignante, le guerrier, le médecin, le pompier, le sauveur, voire Dieu. Ces archétypes influencent les structures psychologiques des manières sociales et personnelles d'être, de réfléchir et d'agir dans le monde. À partir de cette optique, Watson (1999) argue que l'archétype de la soignante transcende des millénaires d'années-expériences de pratique de soin humain. Plus spécifiquement, l'« archétype sacré de la soignante » transcenderait ainsi les valeurs et les connaissances féminines du soin et de la compassion humaine. Cependant, selon Watson (1999), la domination des systèmes sanitaires par l'idéologie biomédicale et l'instrumentalisation subséquente ont toutes deux progressivement contribué à l'effacement de l'archétype de la soignante-féminine et procédé à la *réécriture* de son ontologie archétypale par des discours réductionnistes et néolibéraux. Alors, afin d'éviter la déshumanisation et l'instrumentalisation subséquentes par les discours biomédicaux modernes, et dans le but de préserver les valeurs et pratiques traditionnelles de soins

---

[38] Pour un traité plus élaboré sur le concept d'*archétype* nous référons à *L'Âme et la Vie* de Jung (1963).

humains, il faut, selon Watson (1999 :117), nous reconnecter avec notre archétype de soignante / féminine ce qui favoriserait des pratiques de soins humains infirmiers fondés dans une relation transpersonnelle métaphysique.

> « The transpersonal caring […] [means] connectedness with other, and yet beyond self and other, keeps alive our common humanity. It helps us to stay connected with the human spirit, helping us to avoid reducing the human being to an object, separate from spirit of self and from the spirit of the wider universe. In this kind of transpersonal caring moment or transpersonal caring relationship, the one-caring can enter into the experience of another, and the other can enter into the experience of the one-caring. This aspect of transpersonal incorporates a metaphysical, spiritual dimension, which transcends time, space and physicality. » (Watson, 1999 : 117)

Ainsi, à l'instar d'une conception fragmentée de l'homme, du savoir et des pratiques, propre à l'ontologie séparatiste / réductionniste du modèle biomédical, l'ontologie – archétype infirmier féminin – postmoderne proposée par Watson valorise de nouvelles manières d'être au monde, d'être en relation et d'exploiter les multiples dimensions métaphysiques et énergies de l'univers.

L'ouvrage de 1999 met en valeur diverses facettes qui vont promouvoir la relation transpersonnelle du soin humain – néanmoins tout aussi cohérentes avec la pratique traditionnelle des soins infirmiers qu'inusitées en soi. Effectivement, nous sommes invités à une pratique des soins infirmiers humains qui s'imbrique dans un monde métaphysique, transpersonnel, c'est-à-dire capable de transcender le temps et l'espace par la connexion transcendantale entre la personne et l'univers (Watson, 1999 : 114). Mais plus encore, la relation transpersonnelle reconnaît maintenant la puissance de la foi (*wisdom*), de la compassion, de la volition et de la conscience non locale, qui donneraient toutes accès à un niveau plus élevé d'harmonie, en d'autres mots à une santé rehaussée dans le langage de la

TSHW (Watson, 1999 : 118). Enfin, les pratiques de soin humain explicitées dans l'ouvrage de 1999 se fondent aussi dans un éventail d'autres concepts métaphysiques, telles la propriété holographique de l'univers et les possibilités quantiques de la conscience humaine :

> « The thinking from quantum physics and holographic models of science evokes new metaphors and new aesthetic language to reflect some of the metaphysical and human dimensions of transpersonal caring, consciousness and energy. » (Watson, 1999 : 109)

La prochaine section traite du quatrième ouvrage original et théorique de Jean Watson (*Caring Science as Sacred Science*). Cette section souligne l'intégration de nouvelles perspectives alternatives et holistiques pour la TSHW. Nous verrons que la TSHW s'engage maintenant dans des orientations spirituelles, ésotériques et alternatives.

6.2.3 Une éthique de connexion et de responsabilité humaine

> « Lévinas' concept of Ethics of Face ; […] his notion on psychism– relational responsibility to the Other ; this psychism, what other traditions may call the soul, is what is calling me / you to respond. In turn, this soul resides in mystery; it is connected with the Infinity of the Universe, of the Universal field of Infinite Love. » (Watson 2005 : 42)

Tout comme les précédents, le dernier ouvrage théorique de Watson (2005) *Caring Science as Sacred Science* origine d'une critique des contextes et des discours modernes afin de promouvoir l'humanisation des systèmes sanitaires. Toutefois, mis à part d'inclure un lot de nouvelles valeurs métaphysiques qui devraient contribuer à préserver les soins

humains (spiritualisme, transcendance, holisme, psychisme, mysticisme, volition et conscience non locale […]), Watson (2005) nous invite – dès l'introduction du livre – à repenser aussi (et réécrire) notre éthique du soin à la lumière des constats de déshumanisation et de la souffrance qu'engendrent ceux-ci :

> « How do we exist in this in-between existence, where spirit and matter have been torn apart, split asunder, from our identity, our existence, our very Being? Revisiting such foundational issues of Infinity of humanity in relation to our caring and healing may be the difference between life and death of individuals and of professions. Perhaps it is only when we acknowledge how much pain and suffering there is in our broken hearts and broken spirit, our broken world, within and without, that we can return to that which is timeless and can offer comfort, peace, and grace; it can both inspire and inspirit us. » Watson (2005 : ix).

Ainsi, afin de saisir les nouvelles valeurs promulguées pour l'évolution métaphysique de la relation transpersonnelle, décrite comme l'adage de la science sacrée du soin humain (*Caring Science as Sacred Science*), Watson (2005) explique qu'il faut d'abord acquiescer au postulat de l'existence d'un champ d'énergie d'Amour infini qui unit l'univers, les êtres, les esprits et autres entités spirituelles. Puis, partant de l'interprétation formulée dans cet ouvrage de l'éthique du visage lévinasien, admettre que ce champ pandimensionnel est « rempli » d'une énergie qui favorise la guérison. Par conséquent, « This integration of infinity, evolving consciousness with Love and spirit, invites the sacred (holy) and mystery of life to our profession and our healing practices » (Watson, 2005 : 58). C'est donc dire que la dimension sacrée / spirituelle prend une place prépondérante dans la TSHW.

Dorénavant, la nouvelle *science sacrée* vise à étudier et développer des pratiques de soins humains infirmiers fondés sur des énergies non locales, non physiques et lesdites relations infinies qui les unissent. Watson (2005) semble ainsi vouloir créer de nouveaux systèmes / connaissances de soins humains visant à favoriser la guérison. Selon l'auteur, cette science devrait « help us both morally and metaphysically, both personally and professionally, to address the growing old / new phenomena related to healing while not ignoring scientific-technological developments and needs » (Watson, 2005 : 60). Dans ce sens, la *science sacrée* du soin humain (Watson, 2005) propose un certain pont entre les sciences « pures » et plusieurs des concepts et postulats métaphysiques jusqu'ici avancés (sacrés, archétypaux, spirituels, animistes, mystiques, etc.).

Par ailleurs, pour Watson, l'éthique du soin n'est pas seulement un domaine théorique de la connaissance. Au contraire, il elle doit être une éthique enracinée dans pratique : personnelle et professionnelle. En effet, Watson (2005) prône une éthique de connexion et de responsabilité *humaine* – inspirée encore une fois par une éthique du visage lévinassienne – une éthique de responsabilité envers l'autre (Watson, 2005 : 46). Watson a consciencieusement choisi cette éthique lévinassienne puisqu'elle remet en doute certaines prémisses de l'éthique sanitaire moderne qu'elle qualifie de totalement désengagée face au respect et soutient de la dignité humaine. En effet, la science moderne – dénudée de métaphysique – place les individus dans des situations où la science et ses protagonistes n'ont pas à les regarder de face (il devient en fait aisé de ne pas regarder leur *visage* ; leur *être*) –, ni à tenter d'établir une relation dans une connexion qui est (partout) déjà donnée. Et, considérant les êtres soignés tels des objets d'expérimentation et de développement industriel, cette éthique *industrielle* fait fi du caractère unique et précieux

de l'humain en exerçant dessus un pouvoir totalisant ; déshumanisant. Ainsi, adopter une éthique du visage lévinassienne pour la science du soin humain signifie regarder l’autre en face, soutenir une humanité partagée et s’engager dans un soin qui vise la guérison – la volonté de soigner l’*Autre*.

6.2.4 L’évolution des valeurs de soin humain

En conclusion, l’analyse des travaux théoriques de Watson suggère une certaine évolution des valeurs promulguées pour les soins humains, constamment revampées à la lumière des constats de déshumanisation et d’instrumentalisation des systèmes sanitaires modernes. Principalement, ce sont des valeurs traditionnelles de soin humain bridées de valeurs de plus en plus spirituelles, alternatives et ésotériques.

Les valeurs sélectionnées par Watson (1985, 1999, 2005) sont, une à une, injectées dans une *métaphysique transcendantale* que l’on peut représenter comme une sorte de sphère « qui promeut et protège des valeurs sacrées » des dangers d'assimilation et d’élimination par les discours réductionnistes modernes (Watson, 2005). C’est dans cet espace métaphysique sacré (Watson, 2005) que sont abritées des valeurs favorisant des pratiques de soin humain. Plusieurs de ces valeurs, à forte connotation métaphysique, sont promulguées comme fondamentaux et nécessaires à la relation transpersonnelle du soin humain. Parallèlement, les valeurs modernes associées principalement au cure (réductionnisme et autres) sont dévalorisées, pour ne pas dire, parfois carrément dénigrées. Effectivement, au fil du temps, plus Watson développe la théorie transpersonnelle du soin

humain, plus les valeurs métaphysiques qu'elle promeut – transcendance et ascétisme (1985), conscience du soin holographique et quantique (1999), connexion cosmique, énergie de l'*Amour* infini ou conscience illuminée (2005) – sont proclamées comme fondamentales pour la préservation et le développement ultérieur de la science et de la mise en pratique du soin humain. De plus, nous notons que l'ensemble des valeurs métaphysiques édictées est souvent (de plus en plus) en polarité / distance / dissonance ontologique, épistémologique et éthique avec les valeurs modernes des systèmes sanitaires (éradication de la maladie, efficience, dualisme, séparatisme, réductionnisme, distance, objectivisme, etc.).

Dans la prochaine section, nous allons exposer l'antithèse dialectique élaborée dans l'argument anti métaphysique nietzschéen. À la suite de quoi, nous présentons la synthèse de cette dialectique.

6.3 L'antithèse : la conception anti-métaphysique de Nietzsche

> « Les problèmes philosophiques reprennent aujourd'hui presque de toutes pièces la même forme qu'il y a deux mille ans : comment une chose peut-elle naître de son contraire […]. La philosophie métaphysique s'arrangeait jusqu'ici pour franchir cette difficulté en niant que l'un naquît de l'autre et en admettant pour les choses d'une haute valeur une origine miraculeuse, la sortie du noyau et de l'essence de la " chose en soi ". » (Nietzsche, 1988 : 11)[39]

Dans cette section, nous allons d'abord élaborer sur la critique nietzschéenne de la métaphysique moderne, ce qui nous permettra de suggérer que la métaphysique transcendantale de la TSHW (et les valeurs métaphysiques qu'elle soutient) constitue une croyance ascétique ayant le potentiel d'entraîner le *nihilisme* et subséquemment, la négation de la *vie*.

6.3.1 Le nihilisme métaphysique

> « Dans le rêve, l'homme, aux époques de civilisation informe et rudimentaire, croyait apprendre à connaître un second monde réel ; là est l'origine de toute métaphysique. Sans le rêve, on n'aurait pas trouvé l'occasion de distinguer le monde. La division en âme et corps se rattache aussi à la plus ancienne conception du rêve, de même que la croyance à une enveloppe apparente de l'âme, partant l'origine de toute croyance aux esprits et vraisemblablement aussi de la croyance aux dieux. » (Nietzsche, 1988 : 15)[40].

Nous avons montré que les valeurs métaphysiques de la TSHW (valorisation de la transcendance, du mysticisme, de l'énergie d'Amour infinie ; promotion d'un univers

---

[39] *Humain trop humain*, § 1.
[40] *Humain trop humain*, § 5.

holographique et quantique, etc.) sont promulgués comme les plus nécessaires / adéquates au vu des problèmes de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires modernes. Toutefois, à la lumière des écrits nietzschéens, ces valeurs et la métaphysique transcendantale qui les *contient*, peuvent être considérées à fort potentiel nihiliste – dans la perspective de la *volonté-de-puissance* – puisqu'elles peuvent entraîner la souffrance et le ressentiment. En effet, tel qu'expliqué dans le référent conceptuel, un sujet-dominé qui souffre de l'étouffement de ses valeurs – résultant de l'oppression par un discours normalisant (une métaphysique, la modernité, la religion ou la Raison et ses sciences) – risque potentiellement de sublimer ses valeurs, puis se convertir (pour atténuer la souffrance) ou vivre le ressentiment dans une pensée ascétique. Et, selon Nietzsche (GM) le métaphysicien imbu de ressentiment choisit une existence qui le détruit insidieusement puisque ce monde ne tient qu'à un rêve. En d'autres mots, la négation métaphysique d'un monde vécu dans l'ascétisme entraine une souffrance, prélude du nihilisme dont les conséquences entrainent une difficulté substantielle pour surpasser sa condition dominée dans une perspective de transvaluation de toutes les valeurs.

6.3.2 La métaphysique comme bourreau de la vie

Tel que nous venons de le présenter, la nature ascétique de la pensée en une métaphysique mystique telle le christianisme ou le monde transcendantal watsonien (et dans un sens critique bien plus large, la *science moderne* en-soi), risque d'entrainer le nihilisme. Plus spécifiquement, les effets physiques d'une pensée métaphysique ascétique

peuvent être délétères pour le corps et, par extension, pour la vie en soi. En effet, à l'instar de Watson qui affirme que l'homme est corps, âme et esprit – comme concepts distincts, Nietzsche soutient que l'âme *est* corps ; il n'y a là point de scission. Nietzsche explique que les sentiments naissent dans le corps ; ils y prennent forme à partir d'une perspective interprétative qui se réalise à même le corps.

> « – “Je suis corps et âme” – ainsi parle l'enfant. Et pourquoi ne parlerait-on pas comme les enfants ?
> – Mais celui qui est éveillé et conscient dit: Je suis corps tout entier et rien d'autre chose; l'âme n'est qu'un mot pour une parcelle du corps.
> – Le corps est un grand système de raison, une multiplicité avec un seul sens, une guerre et une paix, un troupeau et un berger.
> – Instrument de ton corps, telle est aussi ta petite raison
> que tu appelles esprit, mon frère, petit instrument et petit jouet de ta grande raison.
> – Tu dis “moi” et tu es fier de ce mot. Mais ce qui est plus grand, c'est – ce à quoi tu ne veux pas croire – ton corps et son grand système de raison: il ne dit pas moi, mais il est moi.
> – Ce que les sens éprouvent, ce que reconnait l'esprit, n'a jamais de fin en soi.
> – Mais les sens et l'esprit voudraient te convaincre qu'ils sont la fin de toute chose: tellement ils sont vains. » (Nietzsche, 1971c : 24-25)[41]

Pour Nietzsche, le corps peut être compris comme une structure vivante en quête de puissance qui interprète la réalité à partir d'une hiérarchie de valeurs. Et, dans l'optique de la *volonté-de-puissance*, plus ces interprétations sont cohérentes avec la structure de la hiérarchie de valeurs qui sert de filtre interprétatif, moins il y a de résistance-conflit / souffrance. Inversement, une souffrance apparaît lorsqu'il y a résistance ; autrement dit, lorsque les interprétations ne sont pas cohérentes entre le mondé vécu et la hiérarchie de valeurs de celui qui les interprète. D'autre part, Nietzsche (GM) expose aussi les risques

---

[41] *Ainsi parlait Zarathoustra*, Prologue 3.

nihilistes de projeter (valoriser et vénérer) dans une métaphysique (un monde autre que celui vécu) les valeurs les plus hautes d'une hiérarchie (particulièrement des valeurs métaphysiques) tout en affirmant la négation des valeurs dominantes (modernes) qu'on voudrait reléguer au bas de cette hiérarchie. Il faut comprendre que l'interprétation et la hiérarchisation conséquente des valeurs constituent des modalités fondamentales de la transvaluation des valeurs.

En effet, un *ressentiment* survient lorsque, sous l'effet de certaines valeurs externes dominantes, les interprétations se font de plus en plus régulièrement à contre-courant de la hiérarchie de valeurs qui structure un corps humain ; lorsqu'il y a cristallisation de la résistance à l'interprétation du monde. Et, pour Nietzsche (GM), ce *ressentiment* est un des processus de la pensée qui génère des sentiments particulièrement avilissants, constituant ainsi une porte d'entrée privilégiée au nihilisme. À vrai dire, Nietzsche demeure très pessimiste à l'idée qu'une métaphysique puisse constituer le fondement d'une hiérarchie de valeurs visant à animer la vie. L'argument nietzschéen prend racine dans sa critique de la religion chrétienne (sur lequel nous n'insistons pas dans cette thèse), mais aussi, et plus subtilement, dans sa critique acerbe de la science moderne qu'il associe à une métaphysique moderne fallacieuse.

> « Rien ne serait plus absurde que de vouloir attendre ce que la science établira définitivement sur les choses premières et dernières […]. La tendance à ne vouloir posséder sur ces matières que des certitudes absolues est une surpousse religieuse, rien de mieux – une forme déguisée et sceptique en apparence seulement du « besoin métaphysique », doublée de cette arrière-pensée, que longtemps encore on n'aura pas la vue de ces certitudes dernières et que jusqu'à là le « croyant » est en droit de ne pas se préoccuper de tout cet ordre de faits. Nous n'avons pas du tout besoin de

ces certitudes à notre horizon le plus lointain pour vivre pleinement et correctement notre humanité. » (Nietzsche, 1988 : 528)[42].

Ainsi, à la lumière des arguments ci-développés, nous suggérons que l'ascèse métaphysique associée à certaines croyances et idéations constitue une rumination délétère ayant un fort potentiel nihiliste et même, la négation de vie. Parallèlement, la métaphysique développée dans la TSHW peut être dès lors perçue comme un frein à la transvaluation (l'émancipation de l'instrumentalisation) justifiant ainsi le questionnement de son bien-fondé pour la pratique des soins infirmiers – voire de la pertinence – devant le spectre de l'instrumentalisation telle que documentée dans cette étude.

6.4 Synthèse sur l'idée d'une métaphysique des valeurs

Tel que nous l'avons exposé dans le chapitre IV qui traite de la méthode philosophique, la synthèse qui suit vise à dégager un certain **vrai théorique** par une synthèse réaliste[43] des arguments avancés dans la TSHW et leurs contreparties nietzschéennes, tout en éliminant les **faux théoriques** énoncés. Autrement dit, cette section vise à proposer une théorisation plausible et réaliste pour comprendre et peut-être remédier aux problèmes de la modernisation et de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires dans

---

[42] *Humain trop humain : Le Voyager et son Ombre*, § 16.

[43] Ce qui signifie l'intention de développer des connaissances en termes de vérités probables sur des réalités principalement objectives et indépendantes selon des paramètres de rigueur spécifiques – testables en référence à certaines évidences (empiriques ou par le sens commun) ; sujets à la critique ; corrigibles, rectifiables et falsifiables (Kikuchi, 1992).

une synthèse de l'ensemble des arguments formulés par les deux auteurs, Watson et Nietzsche.

Dans cette première dialectique, nous avons d'abord exposé la thèse de la nécessité capitale d'une métaphysique transcendantale (et des valeurs y étant associées) pour le bien du projet de la TSHW de la préservation et de la promotion des soins humains – à travers une métaphysique transcendantale –, et ce devant les enjeux reliés à la modernisation et l'instrumentalisation des systèmes sanitaires. Puis, dans l'antithèse d'inspiration nietzschéenne, nous avons détaillé le rejet de certaines métaphysiques ascétiques principalement à cause de leurs potentiels effets et conséquences nihilistes. On comprend bien qu'une fois les *faux théoriques* retirés de la TSHW, on ne peut déjà que conclure au rejet de sa métaphysique, ce qui périclite le bien-fondé du projet de la TSHW[44]. Sur la base d'une perspective de réalisme modéré, nous postulons que les *faux théoriques* résident dans les affirmations dogmatiques constitutives de la métaphysique transcendantale promue dans la TSHW. On pense par exemple ici à la pertinence de l'idée d'une énergie d'*Amour* infini, de la cohérence de certains courants mystiques ou ésotériques pour la pratique des soins infirmiers ou de la réelle contribution d'archétypes féminins et sacrés dans la définition de la soignante, pour ne nommer que ceux-là.

[44] Ce qui ne veut pas dire que nous acquiesçons à l'ensemble des affirmations nietzschéennes. Toutefois, la majorité des concepts nietzschéens retenus pour cette étude ainsi que leur articulation au sein de la philosophie nietzschéenne ont été considérablement *testés* par nombre d'études répertoriées dans la littérature. – À ce titre, voir par exemple les textes de Babich (2001), Heidegger (1954), Hatab (2004), Grosz (2001) ou Kroker (2004) et plusieurs autres mentionnés dans la bibliographie jointe à cette thèse. – Nous ne croyons pas que tous ces énoncés soient absolument *vrais* en soi, mais leur caractéristique de validité épistémo-ontologique est largement plus éprouvée que celle de la TSHW. C'est la perspective que nous adoptons pour les deux dialectiques.

Effectivement, notre analyse suggère que cette série d'affirmations relatives et dogmatiques à même les postulats théoriques de la TSHW tire ses racines dans l'ésotérisme, certaines pseudosciences, voire des dogmes religieux. Or, ces *faux théoriques* qui découlent surtout de incohérences soulevées dans les précédents chapitres compromettent conséquemment la cohérence, la pertinence, voire la crédibilité du projet même de la TSHW, qui vise à promouvoir des soins humains par la promotion de certaines valeurs humaines, holistiques et spirituelles afin ultimement de contrer les conséquences et l'instrumentalisation de systèmes sanitaires modernes. Effectivement, notre analyse montre que le problème de la TSHW, considéré à partir de la perspective de la volonté-de-puissance, n'est pas tant la tentative de surpasser la domination par les valeurs modernes en cherchant à affirmer une hiérarchie de valeurs pour émanciper les infirmières – le problème inéluctable réside bien plutôt dans le substrat polaire qui anime cette volonté de transvaluation : la métaphysique transcendantale promue dans l'ensemble de la TSHW.

De plus, les arguments nietzschéens conduisent aussi à disqualifier la métaphysique transcendantale de la TSHW dans sa tentative de soutenir et animer un projet de surpassement de valeurs instrumentales dominantes. En effet, l'incapacité de certaines valeurs métaphysiques promues à même la TSHW à promouvoir une *transvaluation de valeurs* est fondée sur la démonstration ontologique nietzschéenne (dans la perspective de la *Volonté-de-Puissance*) des effets nihilistes de l'acquiescement de ces valeurs, c'est-à-dire le *ressentiment* inéluctable qu'elles génèrent, mais surtout la souffrance ainsi transposée sur le corps et la négation conséquente de la vie.

Tel que l'explique Reginster (2006), le nihilisme rattaché à l'ascèse métaphysique entraine l'effondrement de la structure hiérarchique des valeurs – et leur expression – et met en péril les valeurs les plus hautes de la vie, comme l'affirmation d'un soi authentique, le besoin de liberté, le besoin de réalisation, l'affirmation de la vie naturelle. L'étouffement de telles valeurs finit par miner un projet de vie, laissant l'être humain s'échoir dans les valeurs modernes promues par les discours scientifiques ou technologiques. Parallèlement, la promotion de valeurs métaphysiques (ésotérisme, conscience non locale, amour pan dimensionnel infini, etc.) pour remédier à l'instrumentalisation et à la suppression de valeurs humaines de soin, peut entrainer paradoxalement le nihilisme et même la négation de la vie, du fait que celles-ci risquent de ne pas se concrétiser, et donc d'entrainer un non-sens de la vie (tel que montré dans la revue de littérature).

Ce que suggère plutôt l'argument nietzschéen, articulé dans les concepts ontologiques et éthiques de l'*Éternel-Retour* et de la *Volonté-de-Puissance*, consiste d'abord à rejeter les subterfuges ascétiques et métaphysiques ; mais surtout de tenter de comprendre l'origine et les effets des émotions et sensations au moment présent (dans la modernité), afin de tenter de surpasser la souffrance rancunière (le rejet des valeurs modernes) et de s'émanciper dans l'affirmation d'une vie dont les valeurs fondamentales découleraient non pas d'un référent dichotomique nihiliste (où « moderne » signifie mal *contra* « humanisme » signifie bien), mais d'une hiérarchie de valeurs qui favorisent la vie, sa puissance et son exubérance. Somme toute, les résultats de cette première dialectique montrent que la nature dogmatique de la métaphysique de la TSHW favorise le nihilisme et ne peut, dans la perspective nietzschéenne du moins, animer un processus de transvaluation. Autrement dit, cette métaphysique incarne des limites de cohérence et de

pertinence importantes qui minent le projet anticipé d'humanisation des systèmes sanitaires. De même, les écueils de cette théorie résident principalement dans les aspects dogmatiques, ésotériques, ascétiques et nihilistes rattachées à la pensée et l'expression en pratique de certaines valeurs métaphysiques.

Dans la prochaine section, nous discutons des résultats de cette synthèse en lien avec les divers écrits et des concepts du référent conceptuel (principalement l'Éternel-Retour et la *Volonté-de-Puissance*). Ici, nous traiterons plus en détail des conséquences possibles des *faux théoriques* de la TSHW, à savoir : l'acquiescement dogmatique d'une métaphysique transcendantale dans un contexte de responsabilités professionnelles, et le ressentiment possiblement engendré par l'acquiescement d'une telle pensée dans les contextes de pratiques instrumentales propres aux systèmes sanitaires modernes.

6.5 Discussion sur la pertinence de la métaphysique de la TSHW

Dans la synthèse dialectique sur la pertinence de la métaphysique transcendantale de la TSHW, nous avons montré l'impertinence de cette métaphysique à faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires à travers l'analyse de ses fondements – nature et structure –, et des éventuelles conséquences nihilistes sur la pensée et l'agir infirmier.

Nous allons maintenant discuter ces résultats en les resituant dans leur contexte d'instrumentalisation des systèmes sanitaires à l'aide de certains écrits issus de la discipline infirmière. Enfin, outre une discussion sur le rejet de la métaphysique transcendantale de la TSHW, nous verrons que la métaphysique, en tant que philosophie de l'*étant*, constitue un riche apport – voire nécessaire – pour le développement de la connaissance infirmière.

6.5.1 Le rejet et la fin de la métaphysique ?

> « Toute philosophie qui assigne à la paix une place plus élevée qu'à la guerre, toute éthique qui développe une notion négative du bonheur, toute métaphysique et toute physique qui prétend connaître un final, un état définitif quelconque, toute aspiration, de prédominance esthétique ou religieuse […] autorisent à se demander si la maladie n'était pas ce qui inspirait le philosophe. » (Nietzsche, 1989 : 34)[45]

D'abord, la démonstration à l'aide de la méthode dialectique de l'impertinence de la métaphysique transcendantale de la TSHW à faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires constitue un apport novateur dans la discipline infirmière. Effectivement, la

[45] Le Gai Savoir, § 2.

promotion de valeurs et d'une métaphysique transcendantale se trouve inadéquate, car elle semble avoir une forte connotation nihiliste. Notre synthèse suggère en effet que le projet de la métaphysique transcendantale sollicite un ensemble de valeurs et de croyances ascétiques qui entrainent le ressentiment, la décadence et le nihilisme puisque ces valeurs sont diminuées ou carrément évincées par les discours dominants qu'instrumentalisent progressivement les contextes et la pratique infirmière.

En second lieu, les résultats de cette étude montrant les limites de la métaphysique transcendantale de la TSHW corroborent le peu d'écrits ayant discuté des limites des théories de la pensée et de la pratique infirmières fondées sur des postulats relativistes ou dogmatiques (Paley 2002; Sokal, 2004, Drummond, 2005; Rolfe, 2009, Traynor, 2009).

Rolfe (2009) explique que l'emploi dogmatique du terme *caring* (soin humain), qui demeure encore extrêmement élusif en sciences infirmières malgré la quantité monumentale d'énergie (théorique, empirique et pratique) qui a été consacrée pour le définir maintient la confusion et le relativisme autour des pratiques qui devraient en constituer l'expression – remettant par le fait même toute sa pertinence. De même, comme le soulignent Sokal (2004) et Drummond (2005), une dérive relativiste – en occurrence dans une métaphysique transcendantale – de nos concepts fondamentaux en science infirmière risque de diluer et d'évaporer la notion même de la pratique infirmière dans un magma d'affirmations et d'orientations divergentes. Sur ce point, et non le moindre, il nous apparaît imprudent de tolérer des pratiques dont les fondements sont relativistes, mystiques (quantiques, holographiques, pandimensionnels, etc.) autant pour la sécurité des patients que pour la cohérence et la crédibilité des pratiques infirmières aux yeux du public et de

l'académie universitaire.

D'autre part, nos résultats corroborent aussi les discussions de Paley (2002) et Biley (2004) qui, fondées dans l'argument nietzschéen du *nihilisme* moderne, montrent que les tentatives de renversement de valeurs dominantes par certaines théories infirmières mettant de l'avant des discours mystiques ou relativistes, peuvent entraîner le nihilisme (infirmer). En effet, celles-ci rejettent plusieurs de valeurs associées à une pratique principalement biomédicale et rationnelle au profit de valeurs humanistes, tel que nous l'avons souligné dans cette étude. De même, Paley et Biley exposent que ce rejet est alimenté par une morale d'esclave qui, imbu de ressentiment, recherche une forme d'expiation (de la domination par le corps biomédical) dans la vengeance et la suppression de ce qu'il croit comme étant la source de son mal être (les valeurs biomédicales modernes).

Par ailleurs, si nous poussons la critique *nietzschéenne* à son apogée, il est possible de considérer que les derniers développements de la TSHW – qui visent en l'élaboration d'une science *sacrée* du soin humain (Watson, 2005) –, peuvent constituer davantage une forme de religion qu'une science dans leurs définitions les plus communément acceptées. La théorie de Watson est en effet fondée dans une métaphysique acétique qui oblige en quelque sorte un acquiescement dogmatique à l'endroit de plusieurs postulats pseudo scientifiques ce qui, dans un univers ultra scientifique, crée paradoxalement un perpétuel mouvement de résistance générant un ressentiment nietzschéen et, ultimement, la négation du monde et de la vie.

Somme toute, à la lumière des cette discussion sur l'impertinence apparente de la

métaphysique de la TSHW, nous croyons que celle-ci devrait subir une réhabilitation importante. En fait, il conviendrait d'élaborer un traité *réaliste* exposant la cohérence, la légitimité et l'opérationnalisation de ses postulats fondamentaux pour la pratique infirmière – qui implique indubitablement des responsabilités éthiques et des devoirs professionnels régis par un ensemble de *normalisations* déontologiques qui visent à assurer la cohésion et la sûreté des pratiques. Faute de quoi, la TSHW risque d'être éventuellement rangé du côté des textes religieux, esthétiques ou poétiques et dont la portée sur la pensée et la pratique infirmière modernes risque de demeurer secondaire, voire modeste.

Enfin, le rejet de la métaphysique transcendantale de la TSHW exposé dans cette thèse ne signifie pas qu'il faut se laisser subjuguer et convertir par l'instrumentalisation moderne des systèmes sanitaires – au risque de dénaturaliser totalement le soin humain.

6.5.2 La pertinence du maintien d'une métaphysique

Le rejet de la métaphysique transcendantale de la TSHW tel que détaillé dans cette étude ne signifie pas qu'il faut éradiquer le concept de la métaphysique du champ de la connaissance infirmière. En effet, nous croyons qu'outre le fait d'exposer théoriquement les limites d'une conception mystique de la métaphysique, il est important de considérer que la métaphysique – en tant que champ de connaissances – constitue une discipline philosophique en soi. En philosophie, une majorité des auteurs ont adressé la question de la métaphysique dans une riche pluralité de perspectives allant du réalisme radical à des

conceptions monistes ou animistes de celle-ci. L'ouvrage de Jean Grondin, « Introduction à la Métaphysique » (2004) par exemple – un philosophe réputé pour les récentes traductions posthumes de Gadamer traite de plusieurs métaphysiques cohérentes / consistantes / pertinentes dans le développement du savoir philosophique et par-delà. On y trace les grandes lignes des influences importantes des métaphysiques de Kant, Heidegger, Aristote, etc. qui demeurent des incontournables dans l'analyse du monde et de l'être-en-soi.

Par ailleurs, certains auteurs ont souligné la contribution de la métaphysique pour le développement de la connaissance en sciences infirmières. Peters (2002), par exemple, expose que la critique de la métaphysique moderne, tel qu'elle a été formulée par Nietzsche et reprise par Heidegger, constitue le point de départ de la critique des métanarratifs empruntés par certaines approches qui s'inscrivent en théorie critique, dont le déconstructivisme (postmoderne) derridien. En effet, explique Peters, la critique derridienne qui focalise sur la déconstruction des dualismes métaphysiques, par exemple entre l'homme et la *Nature*, l'observateur et l'observé, le sujet et l'objet, s'est montrée d'une certaine utilité dans l'analyse des conditions et des fonctions infirmières dans leurs inscrits sociaux et structurels. De même, l'article de Flemming, Gaidys et Robb (2003) qui traite de la place des ontologies métaphysiques de Gadamer, Ricoeur ou Bourdieu, va dans le même sens. Il explique qu'une métaphysique réaliste peut effectivement constituer un moyen d'examiner le monde et de contribuer à l'avancement de la connaissance et de la pratique infirmière. Enfin nous croyons, tout comme l'argument formulé par Booth, Kenrick et Woods (1997), qu'il est important pour les sciences infirmières de définir clairement la nature des tensions dans le débat des ontologies considérées comme *adéquates* pour le développement de la connaissance et de la pratique du soin humain. À

défaut de le faire, il persiste un risque de mettre de côté certaines approches fondées dans le positivisme (ou post positivisme) au profit de métaphysiques relativistes, dont les conséquences ont été jusqu'ici clairement exposées.

Par ailleurs, nous avançons qu'il faut user de prudence, mais surtout de discernement intellectuel avant de discréditer dogmatiquement l'apport de la métaphysique pour l'épistémologie des sciences infirmières, tel que le promeuvent certains autres auteurs (Clark, Lissel et Davis, 2008 ; Creswell et Plano-Clark ; 2011). Ceux-ci font en fait totalement l'économie de la question métaphysique principalement à la lumière d'un *simple* argument d'utilité. En effet, tout comme Hussey (2002), Rofle (2006), Cruickshank (2004), Lipscomb (2008) et Giddings (2006), nous croyons que les efforts théoriques en tant que projets d'explication du monde dans une perspective métaphysique – particulièrement dans son penchant de réalisme modéré ou de réalisme critique – demeurent des apports importants pour le développement de la connaissance et des pratiques en sciences infirmières dans leurs efforts d'explications d'un monde qui est là, indépendamment de nos observations.

Somme toute, ces résultats soutiennent que le problème de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires modernes demeure des plus préoccupants. Seulement, la métaphysique inscrite dans le projet d'humanisation de la TSHW, tel qu'analysé dans cette thèse, ne peut adéquatement faire face à ce problème puisque, d'une part, les fondements et postulats de cette métaphysique sont dogmatiques, voir relativistes, et d'autre part, les valeurs et les attitudes professionnelles que promeut la métaphysique transcendantale de la TSHW peuvent éventuellement (mais fort assurément) conduire au nihilisme.

Chapitre 7. La thèse humaniste de la TSHW mise à l'épreuve

Le chapitre précédent a adressé la question de la nature, de la cohérence et de la pertinence de la métaphysique transcendantale promue dans la TSHW dans sa proposition métaphysique de faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires. À cet effet, nous avons montré, à l'aide d'une approche dialectique, l'incapacité de la métaphysique à affronter ce problème puisque les valeurs qu'elle promeut favorisent le *Ressentiment* et le *Nihilisme*. Ceci-dit, nous mettons à l'épreuve dialectique dans ce chapitre le deuxième plan d'humanisation des systèmes sanitaires proposé par la TSHW, à savoir ; l'*humanisation* de ceux-ci par le *discours humaniste* de la TSHW. En effet, même s'il semble clair que l'humanisme constitue un thème fondamental de la TSWH, la lecture de ses principaux ouvrages expose la présence d'incohérences théoriques significatives ; telles l'affirmation dogmatique que l'*humain* et l'*humanité* sont fondamentalement pourvus de valeurs principalement situées dans le registre moral du *bien* ou de la spiritualité, de même que l'affirmation d'une connexion pandimensionnelle de l'*humain* avec une *humanité* transcendantale principalement focalisée sur une éthique de responsabilité humaine envers l'Autre.

7.1 La thèse humaniste de la TSHW

> « As a given, caring must be grounded on a set of universal human values: kindness, concern, and love of self and others. » (Watson, 1979 : 10)

Nous débutons cette deuxième dialectique en rappelant rapidement l'évolution du projet d'humanisation développé dans la TSHW qui se développe en quatre phases cumulatives : l'*humanisme altruiste* (Watson, 1979), (le besoin d') l'*humanisation* (Watson, 1985), l'*humain* (postmoderne) (Watson, 1999) et *humanité* (Watson, 2005). Les valeurs associées à ces notions évoluent ainsi : une affirmation que l'humain est fondamentalement *bon*, *bien*, *humaniste-altruiste* (Watson, 1979), qu'il est capable de *spiritualité* et de *compassion* (Watson, 1985, 1999) et d'une *responsabilité* face à soi, face à l'*humanité* et un univers plus large : humain toujours à la recherche d'*harmonie* et de santé perpétuelle (Watson, 2005). Également, notre lecture de l'ensemble de ces textes suggère que le projet d'*humanisation* est progressivement dilué et absorbé dans le concept d'*humain* et enfin, d'*humanité* présentés comme bienséants.

7.1.1 Les fondements de l'humanisme altruiste (Watson, 1979)

En 1979, la TSHW est initialement élaborée sur des préceptes dits *humanistes* et *altruistes*. La perspective *humaniste* est développée sur deux plans juxtaposés. En effet, l'*humanisme* est d'abord présenté comme une philosophie alimentant la théorie de la pratique et de la pensée du soin humain, mais aussi comme un ensemble de valeurs personnelles et professionnelles que devrait incarner l'infirmière et les *mettre en* pratique l'infirmière dans le soin humain. La perspective *humaniste altruiste* est annoncée comme

fondamentale pour élaborer le projet de l'union des sciences (pures) et des humanités (art, littérature, philosophie, sociologie, etc.). Watson (1979) précise que « Nursing is both scientific and artistic, I seek to combine science with humanism; and I view nursing as a therapeutic interpersonal process » (pp. xvii). Cette union est ensuite présentée comme étant le pilier qui soutient la structuration théorique et l'opérationnalisation pratique de dix facteurs *caratifs* qui constituent les guides de la pratique du *soin humain*. Ces facteurs sont élaborés à l'aide d'une combinaison de valeurs humanistes, altruistes soutenues et développées par l'apport épistémologique des sciences pures et des humanités : « the way to understand nursing is to identify, describe, and research those central humanistic-scientific factors (carative factors) that are essential to affecting positive health change » (Watson, 1979 : 3).

Principalement, nous retenons de cet ouvrage que les trois premiers facteurs caratifs définissent et constituent la fondation philosophique humaniste-altruiste de la théorie. – Les sept autres décrivent les fonctions soignantes[46] et la mise en application de la TSHW qui promeut des changements de santé positifs ou l'harmonie corps-âme-esprit (Watson 1979).

En résumé, les trois premiers facteurs précisent : a) que le besoin de *la formation d'un système de valeurs humanistes-altruistes* (dont l'altruisme, la bienfaisance, l'intérêt et la préoccupation pour l'autre ainsi que l'amour de soi constituent) est le facteur le plus fondamental de la science du soin humain associée la TSHW ; b) que l'infirmière devrait

---

[46] Les facteurs caratifs 4 à 10 ne sont pas traités dans cette thèse puisqu'ils décrivent principalement des fonctions et pratiques infirmières (plus spécifiques ; les la démarche de soin, la promotion de la santé ou l'assistance dans les besoins humains de base) toutes fondées sur les postulats humanistes élaborés dans les trois premiers facteurs caratifs.

être en mesure d'instiller, chez la personne-soignée, la croyance et la confiance en l'infirmière et dans les soins qu'elle prodigue et c) que l'infirmière doit développer *une sensibilité à soi et autres*, ce qui lui permettra de devenir empathique aux autres.

En d'autres mots, ces facteurs *caratifs* suggèrent de dépasser la conscience de soi *comme soignante* (en tant qu'activité égoïste) dans une perspective altruiste et humaniste afin de favoriser une pratique infirmière axée sur le bien-être et la santé de l'autre. Toutefois, il ne s'agit point de se négliger ou se sacrifier pour l'autre, tel que le promouvait la pratique soignante plus courante de l'époque *religieuse* : « humanistic-altruistic value system in nursing does not mean that the nurse must adopt a sacrificial, all-giving, and self-denying behaviours [but] an extension of the sense of self. » (Watson, 1979, p.12)

7.1.2 L'humanisation des systèmes sanitaires modernes (Watson, 1985)

> « Human care has received less and less emphasis in the health care delivery system. Caring values of nurses and nursing have been submerged. Nursing and society are, therefore, in a critical situation today in sustaining human care ideals and a caring ideology in practice. The human care role is threatened by increased medical technology, bureaucratic-managerial institutional constraints in a nuclear age society. » Watson (1985 : 32)

Cet ouvrage fonde son argument sur l'idée (dogmatique) que l'humanisme est fondamentalement nécessaire et élabore ainsi une conception de l'homme qui s'y inscrit aisément et des valeurs de soin humain qui devraient animer la pratique infirmière dans les contextes d'instrumentalisation exposés. Spécifiquement, cet ouvrage vise à restaurer,

développer et maintenir le *soin humain – human caring*; c'est-à-dire des pratiques traditionnelles et spirituelles du soin humain, en adoptant principalement des conceptions du soin et de l'humain fondés dans l'humanisme (voir note importante)[47]. Pour ce faire, l'*humanisme* de la TSHW y est décrit comme une idéologie qui anime la nature humaniste et altruiste des soins humains. Les valeurs proclamées dans cet humanisme altruiste sont fondées dans de *puissantes et mystérieuses forces cosmiques qui constituent l'énergie universelle psychique* (Watson, 1985, pp.31-35). Ces valeurs sont de nature holistique, transcendantale et pandimensionnelle. De même, l'humanisme promu dans la TSHW expose que l'humain est fondamentalement *bien* en focalisant sur sa spiritualité incarnée. À cet effet, on explique que l'humain à une fonction essentielle et productive dans le développement méritoire de la société et du *monde*. Ainsi, l'accent théorique et pratique est dorénavant mis sur une bonté humaine (altruisme, allocentrisme, amour, compassion, empathie, générosité, philanthropie), la nécessité du bien-être de l'humain et l'importance de la relation guérisseuse d'humain-à-humain. Enfin, les soins humains sont décrits à l'intérieur de la relation transpersonnelle de soin humain TSHW qui s'opérationnalise par la mise en pratique des dix facteurs caratifs, dont les trois premiers impliquent l'acquiescent aux valeurs humanistes. Dès lors, la science du soin humain place l'humain au centre de ses préoccupations théoriques et intentions pratiques en adoptant une *philosophie de liberté* et de conscience humaine en opposition au réductionnisme biomédical et à la psychanalyse (Watson, 1985, pp. 15).

---

[47] On note ici un argument circulaire qui repose sur l'idée que les natures fondamentales de l'*homme*, de l'*humanisme* et des *valeurs de soin humain* sont toutes *bien*. Puis, cet argument intègre les notions d'*humanité* et d'énergie d'*Amour infini* dans l'ouvrage de 2005, pour former l'ossature *humaniste transcendantale* de la TSHW.

7.1.3 L'humain postmoderne – holisme et compassion (Watson, 1999)

> « There is an expanded view of the person and what it means to be human : fully embodied, but more than body physical; an embodied spirit; a transpersonal, transcendent, evolving consciousness; unity of mind body and spirit; person-nature-universe as oneness, connected. » Watson (1999 : 129).

Dans ce troisième ouvrage, le projet *humaniste* demeure toujours un plan central de l'évolution théorique de la science du soin humain de la TSHW. Cet ouvrage d'inspiration postmoderne propose une idéologie des soins infirmiers pour les libérer de leur emprise par les discours instrumentaux modernes actuels – donc libérés de l'envahissement par les valeurs instrumentales des systèmes sanitaires.

Dans cet ouvrage, une fois la problématique moderne étayée, Watson (1999) développe un argument *pro être humain* qui alimente et justifie le projet de développement de la science du soin transpersonnel. Ce projet consiste en un métissage de perspectives critiques, politiques et postmodernes visant l'émancipation des infirmières par leur acquiescement à l'endroit de valeurs de soins humains spirituelles, quantiques, holographiques, et même ésotériques. De même, l'*humain* est élevé à l'apex de sa dimension spirituelle. Plus qu'un être subjectif, l'humain promu dans cette évolution de la TSHW est un être transcendantal et spirituel. Celui-ci est dorénavant fusionné à une *conscience universelle* (sacrée / archétypale) lui permettant d'exister et de se réaliser dans un univers physique / métaphysique unifié :

> « For when we shift towards a transpersonal model for healing, the body is no longer body-physical material, as object, but becomes a living, breathing subject. It becomes an embodied subjective world, a vehicle for one's ground of being, a reservoir of consciousness and embodied spirit. » Watson (1999 : 131)

Ainsi, l'être spirituel uni avec l'univers, et par corolaire avec le reste de l'humanité est connecté à l'inconscient sacré/archétypal qui aime éternellement ses possibilités (Watson, 1999). Cette pandimensionnalité lui attribue les possibilités de connaissance et d'évolution infinies à l'instar des limitations imposées par sa coquille moderne.

7.1.4 Humanité et éthique de responsabilité envers l'Autre (Watson 2005)

Dans le dernier ouvrage théorique *Caring science as sacred science*, Watson (2005) continue de placer l'être humain au centre des préoccupations professionnelles des infirmières, tel que nous l'avons détaillé dans les précédents paragraphes et chapitres. De surcroît, elle avance qu'aujourd'hui – devant la déshumanisation et l'instrumentalisation des systèmes sanitaires, que les infirmières doivent revendiquer et soutenir notre *humanité*[48]. Puisant ses arguments éthiques chez Lévinas – particulièrement dans *son* interprétation dans la philosophie de l'*éthique du visage*, Watson explique qu'il s'agit simultanément de faire face et de se connecter au principe éthique de responsabilité face à soi (en tant que soignante engagée), face à l'Autre (le soigné nécessiteux), mais surtout et ultimement face à notre humanité partagée (une humanité bienséante) dans l'univers d'Amour infini (Watson, 2005). Dans ce but, Watson avance que les valeurs de disponibilité, de révérence, de responsabilité et de souci, constituent les fondements éthiques du *faire face* à l'extériorité, faire-face à la vulnérabilité humaine, faire-face à l'*humanité*.

[48] Note : Il n'est pas clair quelle est cette définition de l'*humanité*. Cependant, il est utile de retenir que pour Lalande (2007) l'humanité est a) l'ensemble des caractéristiques communes à tous les hommes ; b) l'ensemble des hommes comme être collectif et c) une sympathie de l'homme pour tous les semblables.

L'*humain*, tel que défini dans l'ouvrage 2005, est bien plus qu'un corps physique ; il est âme et un psychisme dissolu dans *une humanité partagée* avec le reste de l'univers. Toutefois, selon Watson, cette humanité risque de disparaître, car elle se voit progressivement effacée par les discours modernes. Ainsi, le but montré consiste à préserver notre *humanité* au risque de la voir supprimée progressivement par l'instrumentalisation des systèmes sanitaires et l'effacement conséquent de la nature même de l'être humain. Watson avance que la *modernité* a fait un choix austère et instrumental afin d'éviter de regarder *de face* ce qu'elle fait subir à l'humanité. Ainsi, affirme-t-elle, notre *humanité* réside dans notre habilité et notre *devoir* de s'identifier et de se responsabiliser éthiquement, professionnellement et personnellement face aux autres. Il s'agit là d'une philosophie première qui place l'éthique de responsabilité au-dessus de tout.

Somme toute, nous venons de montrer que l'ensemble de la TSHW soutient que l'humanisme, et l'ensemble des valeurs qu'il promeut sont fondamentaux pour la pratique du soin humain et qu'il est montré comme *la* solution à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires. La prochaine section de ce chapitre développe l'antithèse humaniste, présente la synthèse dialectique ainsi que la discussion des résultats.

7.2 L'antithèse : L'anti-humanisme nietzschéen

> « Toute cette attitude de « *l'homme contre le monde* », de l'homme principe « *négateur du monde* », de l'homme comme étalon des choses, comme juge de l'univers qui finit par mettre l'existence elle-même sur sa balance pour la trouver trop légère – le monstrueux mauvais goût de cette attitude s'est fait jour dans notre conscience et nous n'en ressentons que du dégoût, - nous nous mettons à rire rien qu'en trouvant « *l'homme et le monde* » placés l'un à côté de l'autre, séparés par la sublime présomption de la conjonction « *et* » ! Comment donc ? N'aurions nous pas fait ainsi, rieurs que nous sommes, un pas de plus dans le mépris des hommes ? » (Nietzsche, 1989 : 286)[49]

À l'instar de la TSHW qui fait la promotion (dogmatique) d'un humanisme principalement fondé sur le *bien* et la spiritualité, de même que la pleine réalisation de l'humain qui s'y inscrit, nous montrons dans cette prochaine section, inspirés de divers concepts constitutifs de la critique nietzschéenne articulée autour de l'homme moderne et de l'humanisme par extension, que Nietzsche propose quant à lui une libération, un surpassement nécessaire et *vital* de l'humanisme. Le rejet nietzschéen de l'humanisme repose sur la base des arguments suivants : il est d'abord exposé que l'idéologie humaniste moderne constitue en soi une métaphysique ascétique héritée du *Projet des Lumières* dont les conséquences sont nihilistes (c'est-à-dire qui ne peuvent animer une transvaluation de valeurs) et, d'autre part, il est avancé que l'homme moderne est devenu un instrument de la domination de la *Nature* dont il faudrait aussi se défaire ; c'est-à-dire le surpasser à l'aide de l'affirmation des valeurs de la Vie – notamment.

---

[49] *Le Gai Savoir*, § 346.

7.2.1 L'humanisme moderne : une métaphysique nihiliste

> « […] la *foi* en la science, cette *foi* qui est incontestable, ne peut pas avoir tiré son origine d'un pareil calcul d'utilité, au contraire elle s'est formée malgré la démonstration constante de l'inutilité et du danger qui résident dans la « *volonté de vérité* », dans « *la vérité à tout prix* » […] un principe destructeur qui met la vie en danger. Il n'y a aucun doute, le véridique, au sens le plus hardi et le plus extrême, tel que le présuppose la *foi* en la science, affirme ainsi un autre monde que celui de la vie, de la nature et de l'histoire; et, en tant qu'il affirme cet autre monde, ne lui faut-il pas, par cela même, nier son antipode, ce monde, notre monde ?...
>
> Mais on aura déjà compris où je veux en venir, à savoir que c'est encore et toujours sur une croyance *métaphysique* que repose notre *foi* en la science, - que nous aussi, nous qui cherchons aujourd'hui la connaissance, nous les impies et les anti-métaphysiques, nous empruntons encore notre feu à l'incendie qu'une *foi* vieille de mille années a allumé, cette *foi* chrétienne qui fut aussi la *foi* de Platon et qui admettait que Dieu est la vérité et que la vérité est divine... Mais que serait-ce si cela précisément devenait de plus en plus invraisemblable, si rien ne s'affirme plus comme divin si ce n'est l'erreur, l'aveuglement, le mensonge, - si Dieu lui-même s'affirmait comme notre plus long mensonge ? » (Nietzsche, 1985 : 303)[50]

Cet important extrait du *Gai Savoir* (Nietzsche, 1985 : 303) expose les principaux éléments de l'argument anti-métaphysique nietzschéen que nous employons dans cette section. Cette critique nietzschéenne suggère que la *métaphysique moderne* – dont les principaux protagonistes sont les discours hégémoniques de la *Raison*, de la science et de la religion – est en fait une métaphysique ascétique et *nihiliste* héritée du *Projet des Lumières.* Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, Nietzsche rejette celle-ci sur la base que cette métaphysique *nihiliste* enlise progressivement l'humain moderne dans la négation de *la vie*. Conséquemment, et tel que nous l'avons déjà souligné dans le chapitre précédent,

---

[50] *Le Gai Savoir*, § 334.

ce potentiel *nihiliste* implique la difficulté des éventuels projets de *Transvaluation de valeurs* et de surpassement.

De même, Nietzsche argue dans la *Généalogie de la Morale* (Nietzsche, 1971c) que les humains pré-modernes ont été domestiqués tout à tour ; « *marqués au fer rouge* » par la morale chrétienne puis par les idéologies du *Projet des Lumières*, principalement l'humanisme, le libéralisme et le scientisme. Cette domestication de l'*animal humain* (Nietzsche, 1971c) a instillé un besoin insatiable de *compréhension*, mais surtout de la domination de la *Nature* par la *Raison*, et, plus récemment, par le cycle du progrès moderne (Nietzsche, 1988). Empruntant une approche généalogique, Nietzsche explique que c'est la métaphysique mystique médiévale qui nous a maintenus dans une stase évolutive pendant plusieurs siècles par la sujétion de l'esprit (et du corps) à l'ascétisme mystique. Aussi, la métaphysique moderne est en quelque sorte son héritière ; ayant pris origine dans la peur et l'incompréhension médiévale. La métaphysique mystique a ensuite été revampée en discours principalement *rationnels* et mis à profit *par* et *pour* les agendas instrumentaux du *Projet de Lumières,* pour ainsi devenir, ce Nietzsche nomme : la *métaphysique moderne.* Cette métaphysique plus contemporaine est aujourd'hui réifiée en une modalité instrumentale ; dissimulée et rhizomique dans les métanarratifs de la science et du progrès modernes :

> « Liée à un organisme violent et impétueux, la philosophie des Lumières devient elle-même violente et impétueuse. Par là, le danger qu'elle présente est devenu presque plus grand que l'utilité libératrice et la clarté qu'elle a introduites dans le vaste mouvement révolutionnaire. » (Nietzsche, 1988 : 631)[51]

---

[51] *Humain trop humain : Le voyageur et son ombre*, § 221.

Plus spécifiquement, Nietzsche explique que l'accumulation successive d'ascétisme depuis plus de mille ans a forgé un insatiable *fantasme*, qui s'exprime dans un besoin de vengeance (pour assouvir le ressentiment du monde *externe*) par la domination de la *Nature* au moyen du discours de la *Raison*. En effet, cette soif métaphysique de domination se cristallise davantage chaque jour dans la *mascarade* de sciences et de technologies modernes tous azimuts (Nietzsche, 1985). Et, même si le progrès des sciences et des technologies brille l'horizon des civilisations modernes, pour Nietzsche, cette modernité est synonyme de stase dégénérative. Effectivement, la *nouvelle* métaphysique moderne perpétue une stase fallacieuse de l'évolution, pourtant immanente à la vie, par la négation même de valeurs *vitales* – comme le besoin de liberté ou de créativité – en les remplaçant par des valeurs rationnelles et modernes, telles la *normalisation* ou la suppression des instincts de révolte (Nietzsche, 1971c). Cet état de fait altère ainsi le potentiel de surpassement (donc de transvaluation) chez l'humain moderne en étouffant ses valeurs les plus vitales. Aujourd'hui, explique Nietzsche [note : voir p. 140, Nietzsche (1985 : 303)], c'est la *foi* dans les bienfaits du progrès – la *métaphysique moderne* – qui anime la pensée et l'agir modernes. Cette *foi* teinte autant nos sciences, nos arts et nos communications, que nos dérisions éthiques utilitaristes et pragmatiques – précipitant par exemple l'exploitation démesurée de nos ressources naturelles. Ainsi, la *métaphysique moderne dé* naturalise l'animal humain (métaphoriquement, qui supprime la *Nature* même – et les valeurs de la Vie – de l'homme) et précipite simultanément l'*humanisation* de la *Nature* (injecter la perspective anthropocentrique dans la *Nature*, voir la prochaine section) par les discours instrumentaux. Ce sont, par ailleurs, ces constats qui motivent Nietzsche, et un nombre important de penseurs qui l'ont suivi, à faire la promotion d'un *humain* débarrassé de sa

coquille métaphysique (nihiliste) imbue d'humanisme moderne. Ces perspectives focalisent sur la promotion d'un *être* libéré du ressentiment ascétique lié au fantasme du progrès et de la science, mais surtout, de mettre en œuvre des stratégies qui permettront d'abord le surpassement de sa domestication par les discours modernes.

7.2.2 La fin de l'anthropocentrisme moderne ?

Dans le *Gai Savoir*, Nietzsche (1989) explique que l'homme moderne, fortement domestiqué par les idéologies inhérentes au *Projet des Lumières*, a développé une forme de compulsion anthropocentrique[52] qui se reflète dans l'ensemble des sphères de son existence. En effet, l'humain moderne crée de toutes pièces un monde – une *Nature* moderne et même des Dieux – tout à son image ;

> « Qu'on se donne à savoir comment depuis Socrate, ce mystagogue, les écoles philosophiques se sont inlassablement succédé ; comment la soif du savoir ayant atteint un degré d'universalité qu'on n'a jamais soupçonnée […] ce savoir moderne, cette tendance universelle ait été consacrée non pas au service de la connaissance, mais à la réalisation de buts pratiques, c'est-à-dire, égoïstes, des individus et des Peuples. » (Nietzsche, 1989 : 93)[53]

Nietzsche argue que depuis l'intronisation de la *Raison* dans la pensée pré moderne par l'école socratique – son développement fulgurant dans le *Projet des Lumières*, et sa réification dans l'ère moderne –, la *Raison* est devenue le principal instigateur du culte de la domination de la *Nature* par les discours des sciences positives et des technologies. Face à

[52] « Qui fait de l'homme le centre du monde, et considère le bien de l'humanité comme la cause finale du reste des choses ». Lalande (2007), pp. 62.

[53] *Gai Savoir*, §15.

cette déviation anthropocentrique, Nietzsche expose qu'il faut redonner à la *Nature* la place qui lui est due. À cet effet il faudrait « *replonger l'homme dans la Nature* » :

> « Replonger l'homme dans la nature ; faire justice des nombreuses interprétations vaniteuses, aberrantes et sentimentales qu'on à griffonné sur cet éternel texte primitif de l'homme naturel ; vouloir que l'homme se tienne désormais en face de l'homme comme, aujourd'hui déjà, dans la discipline de l'esprit scientifique, il se tient en face de l'« autre » nature, avec les yeux sans peur *[...]*. » (Nietzsche, 1971b : 22)[54]

Pour Nietzsche, ce *retour à la Nature* s'avère essentiel, voire vital. En effet, le *retour à la Nature*, mais surtout l'affirmation des valeurs de la *Vie* qui doivent nécessairement l'animer, lui apparait comme un des moyens de surpasser le *Nihilisme* moderne. Cependant, la libération de l'emprise nihiliste de la métaphysique moderne ne se réalise pas simplement dans un renversement des valeurs dominantes, tel que le proclamerait une révolte d'esclaves décadents voulant à tout prix supprimer le dominateur et ses valeurs. Plus spécifiquement, cette libération, qui constitue en fait une (re)naturalisation de l'homme, se réaliserait plutôt dans une transvaluation de toues les valeurs impliquant nécessairement la promotion de valeurs *supérieures* (et terme de dominance hiérarchique) de la Vie (inscrites dans notre legs biologique humain naturel).

> « – Je vous en conjure, mes frères, restez fidèles à la terre et ne croyez pas ceux qui vous parlent d'espoirs supraterrestres! Ce sont des empoisonneurs, qu'ils le sachent ou non.
> – Ce sont des contempteurs de la vie, des moribonds et des empoisonnés eux-mêmes, de ceux dont la terre est fatiguée: qu'ils s'en aillent donc!
> – Autrefois le blasphème envers Dieu était le plus grand blasphème, mais Dieu est mort et avec lui sont morts ses blasphémateurs. Ce qu'il y a de plus terrible maintenant, c'est de blasphémer la terre et d'estimer les entrailles de l'impénétrable plus

[54] *Par-delà bien et mal*, § 2.

que le sens de la terre ! » (Nietzsche, 1971c : 23)[55].

Par ailleurs, « *rester fidèle à la terre* » signifie sortir l'homme moderne (et la métaphysique moderne qui l'anime) du libre arbitre de la *Nature et de la Vie* ; protéger celles-ci contre l'homme trop moderne qui ne recule devant rien pour mettre à profit ses savoirs et sa technique dans l'exploitation froide et rationnelle de la terre (c'est-à-dire : la *Nature*). Parallèlement, cet aphorisme appuie une thèse récurrente chez Nietzsche, soit l'affirmation de la *Vie* dans son innocence et dans le caractère éphémère des phénomènes naturels. En d'autres mots, cela signifie qu'il faudrait aussi penser notre existence en dehors de notre humanisme moderne en s'inspirant de la nature dans la complexité planétaire.

La prochaine section de ce chapitre montre la synthèse dialectique qui incorpore et met à l'épreuve les arguments de part et d'autre pour suggérer éventuellement une solution réaliste au problème d'instrumentalisons des systèmes sanitaires modernes.

[55] *Ainsi parlait Zarathoustra*, Prologue 3.

7.3 Synthèse dialectique sur l'humanisation de la TSHW des systèmes sanitaires

Dans cette deuxième dialectique, nous avons d'abord montré que l'évolution des valeurs de soin humain promues dans la TSHW convergent vers un projet d'humanisation altruiste des systèmes sanitaires sur la base de l'argument dogmatique que l'humain est fondamentalement pourvu de valeurs de *bien* telles, la compassion, la gentillesse, l'amour ou la philanthropie. Puis dans l'antithèse nietzschéenne nous avons montré, principalement inspirés des ouvrages la *Généalogie de la morale* (Nietzsche, 1971a) et *Par-delà bien et mal* (Nietzsche, 1971b), que l'humanisme moderne est animé par une métaphysique nihiliste – la *Raison* –, et que l'homme moderne, par-delà le peu de *bonnes* valeurs inscrites dans certaines de ses réalisations modernes, exprime irrémédiablement de « mauvaises » valeurs, notamment des valeurs nihilistes qui se trahissent dans son anthropocentrisme destructeur (de la terre, de la *Nature*) qu'il faudrait surpasser.

Notre synthèse s'appuie d'abord sur l'élimination des faux théoriques identifiés encore une fois à l'endroit de la TSHW. Tout d'abord, on constate l'incapacité de l'humanisme promu dans la TSHW à faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires – dans l'optique, à la lumière de l'argument nietzschéen présenté dans les paragraphes précédents, que l'humanisme énoncé dans la TSHW est synonyme d'une métaphysique moderne *Nihiliste*. En effet, on remarque que le projet d'humanisation, et plus spécifiquement les valeurs qu'il enchâsse, entraîne la possibilité d'engendrer le

Ressentiment (et le nihilisme) dans l'expérience d'un dualisme[56]. Effectivement, dans ce dernier cas, la friction, la résistance et donc la *souffrance* ressentie entre la croyance, la promotion et l'expression d'un système de valeurs humanistes dans la réalité des systèmes sanitaires où les discours modernes cherchent par des moyens insidieux à les inhiber et les remplacer, alimente paradoxalement un processus de *Ressentiment* qui risque d'engendrer le *Nihilisme* infirmier. De même, à la lumière de la critique nietzschéenne de l'homme moderne qui montre l'expression de certaines valeurs négatives (notamment par leur *négation de la Vie*) dans la destruction de la terre (et son autodestruction), il convient de remettre en doute l'affirmation dogmatique que la promotion d'une définition principalement ancrée dans des valeurs étiquetées comme *bien*, peut à elle seule définir une hiérarchie de valeurs qui permettrait de surpasser le discours dominant – instrumental – des systèmes sanitaires modernes.

[56] « Dualisme ; dualité ; *[...]* doctrine qui dans un domaine déterminé, dans une question donnée, quelle qu'elle soit, admet deux principes essentiellement irréductibles. » Lalande, 2007, pp. 253.

7.4 Discussion sur l'humanisme promu par la TSHW

Dans la synthèse dialectique sur la pertinence de l'*humanisme altruiste* de la TSHW à faire face aux problèmes d'instrumentalisation des systèmes sanitaires, nous avons montré cet humanisme est réfuté puisqu'il est fondé sur une série d'affirmations altruistes dogmatiques, mais surtout que la promotion de cet humanisme peut entrainer le dualisme, la souffrance, l'attrition et même le nihilisme. Ainsi, les prochains paragraphes discutent nos résultats en les repositionnant dans leur contexte d'instrumentalisation des systèmes sanitaires à l'aide de certains écrits issus de la discipline infirmière.

7.4.1 La promotion du dualisme et de la souffrance

D'abord, les résultats de cette étude dialectique montrent que l'humanisme promu dans la TSHW peut être interprété comme une métaphysique moderne *nihiliste* – héritée du *Projet de Lumières* – dont les expressions montrent l'acharnement anthropocentrique et destructeur par la *Raison* de la *Nature*. Ce sur point, tout comme Nietzsche, nous croyons que l'humanisme moderne perpétue très subtilement, voire paradoxalement, sa propre instrumentalisation en valorisant un humanisme qui est en droite opposition au discours instrumental. En effet, cette thèse suggère que la promotion et l'expression de certaines valeurs humanistes prescrites à même les fondements de la TSHW risque d'entraîner des expériences dualistes et *nihilistes* pouvant alimenter l'attrition professionnelle (l'attrition de l'image sociale, et l'attrition pendant la formation). En effet, et tel qu'en fait part la littérature infirmière (Pendry, 2007 ; Sumner et Townsend-Rocchiccioli 2003) nous avançons l'argument que les émotions – le *Ressentiment* – vécues dans la résistance à

l'expression libre de la pensée et de pratiques de soins humains fondées dans les valeurs humanistes favorisent le *Ressentiment* dualiste et la souffrance chez certaines infirmières.

Aussi, en resituant maintenant nos résultats dans le contexte d'instrumentalisation des systèmes sanitaires, nous constatons que notre étude corrobore et enrichit les critiques adressées aux théories de soins infirmiers qui se fondent dans l'humanisme apparenté à la TSHW. En effet, nos résultats soutiennent les écrits ayant adressé empiriquement ou documenté théoriquement les effets dualistes de la pensée humaniste dans des contextes de pratique moderne. Ces études ont par ailleurs soulevé des interrogations importantes quant à la pertinence de l'enseignement ou de la mise e pratique de pensée humaniste en soi.

D'abord, sur le plan de la pertinence et de la cohérence du projet d'humanisation des systèmes sanitaires inhérent à la TSHW, nos résultats corroborent plusieurs études qui exposent l'urgence de questionner les fondements mêmes et les affirmations – qui sont principalement relativistes ou dogmatiques puisque ceux-ci sont relativistes et dogmatiques – (Rolfe, 2009 ; Paley, 2001 ; Traynor, 2009). Mais plus encore, les résultats novateurs de notre thèse montrent la possibilité *d'éliminer* le projet d'humanisation tel que proposé dans la TSHW sur la base de l'argument nietzschéen que cette conception de l'humanisme moderne est synonyme d'une métaphysique ascétique dont les conséquences sont dualistes et nihilistes.

Tout comme l'explique Walters (1995), notre étude montre que le maintien d'une perspective théorique qui polarise (met en confrontation sur les plans de la pensée et de la pratique une vision rationnelle et technologique du soin et une vision humaniste

métaphysique) les tensions entre sujet et objet, soin et éradication de la maladie (*care* vs *cure*), de même que certaines valeurs relatives au *bien* et au *mal*, alimentent un dualisme qui se traduit par la souffrance du corps et l'esprit. Sur ce point, nos résultats viennent enrichir ceux de Walter en montrant de plus la nature ontologique et les effets psychologiques (et irrémédiablement physiques) de cette pensée dualiste. En ce sens, notre étude expose ainsi davantage théoriquement la nature ontologique et psychophysiologique du ressentiment dualiste et son inscription dans l'impossibilité du surpassement de l'instrumentalisation. En effet, plusieurs valeurs promues dans l'*humanisme* de la TSHW sont presque toujours systématiquement sous l'influence de la domination et des tentatives de suppression par les discours instrumentaux des systèmes sanitaires.

Par ailleurs, nos résultats corroborent ceux de l'étude herméneutique d'inspiration heideggérienne réalisée par Little (1999). Celle-ci explique que les effets et les dangers des polarités entre la technologie et le soin humain sont amplement soulevés dans la littérature infirmière. Little explique qu'il est probablement plus profitable à la discipline d'adresser la question de la technologie et du soin humain non pas à partir d'une perspective dualiste, mais dans l'optique de l'élaboration d'une union des deux mondes qui focaliserait donc sur les relations entre la technologie et le soin humain. Toutefois, aujourd'hui, et de fait à plus d'une décennie des préoccupations adressées par Little, nous constatons que ce *dualisme* perdure toujours dans la discipline et dans la pratique. Pourtant, des théories en ce sens ont déjà bien tenté de proposer des solutions favorisant cette union, dont celles de Locsin Sandelowski et Barnard (*Technologie et soin humain* ; 2005) ou de Ray et Turkel (*Bureaucratie et soin humain* ; 2007). Somme toute, c'est dire que quelques auteurs militent pour l'instauration de telles théories dans une praxis émancipatoire, mais que leurs

impacts demeurent pour l'instant, malheureusement, mineurs.

De même, les résultats de cette étude appuient les hypothèses formulées par Sumner et Townsend-Rocchiccioli (2003) sur la souffrance vécue par les infirmières dans les contextes de pratique hautement instrumentalisés. En effet, Rowe expose que cette souffrance représente « une détresse sévère associée à un évènement qui menace l'intégrité de la personne » (p. 169) et qu'elle constitue une expérience associée à des situations menaçant l'intégrité du sujet dans son rôle de soignant. De plus, les auteurs précisent que cette souffrance est en partie générée par la dévalorisation du rôle et des valeurs de la profession infirmière conséquemment aux transformations imposées par l'état dans les systèmes sanitaires. Dans le même sens, Pendry (2007) explique qu'une souffrance morale se produit lorsque le sujet pratiquant sait ce qui doit être fait, mais que les contraintes institutionnelles font en sorte de rendre presque impossible la poursuite de l'action. Autrement dit, la souffrance vécue constitue la répercussion de la reconnaissance de l'impossibilité à poser un geste éthiquement approprié en raison d'obstacles tels le manque de temps, la réticence véhiculée par les administrateurs, une structure de pouvoir médical inhibant, les politiques institutionnelles, ou les considérations légales. Dans ces conditions, expose Pendry, il semble que les infirmières se retrouvent dans une situation d'impuissance qui engendre des frustrations – et selon Nietzsche, le ressentiment.

7.4.2 La fin de l'anthropocentrisme humaniste

Implicite au projet d'humanisation de la TSHW, le projet de l'humanisation (et donc de surpassement de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires) au moyen de la promotion d'un homme fondamentalement et exclusivement pourvu de valeurs du *bien* pose-t-il aussi certains problèmes et interrogations que nous allons maintenant traiter ici. À cet effet, bien qu'on puisse tracer certains parallèles entre la critique de la modernité nietzschéenne et les préoccupations d'instrumentalisation formulées dans la TSHW, il demeure que les propositions pour faire face à ce problème divergent diamétralement.

Pour rappel, la TSHW est élaborée à la lumière de l'évolution de certaines valeurs infirmières et culmine par l'affirmation de valeurs humanistes, mais surtout d'une définition de l'humain qui s'inscrit à même cette idéologie – considéré *bien* en soi. Pour rappel : les principales valeurs associées à l'*humain* sont définies dans le registre du *bon*, *bien*, *humaniste-altruiste* (Watson, 1979), qu'il est capable de *spiritualité* et de *compassion* (Watson, 1985, 1999) et d'une *responsabilité* face à soi et face à (Watson, 2005).

Nietzsche, quant à lui, appuyé par une critique virulente et articulée de la *Raison* (ou métaphysique moderne), montre la propension *nihiliste* de l'humain moderne. Il revendique un surpassement des valeurs *nihilistes* modernes par une *Transvaluation* à la lumière de valeurs supérieures qui promeuvent une *Vie naturelle* telle que définie antérieurement. De plus, pour Nietzsche, au lieu de promouvoir une révolte d'*esclave* et de profaner des valeurs polarisées (tel que le sont promues – en opposition, et précipitant le dualisme – les valeurs humanistes de la TSHW en réaction à l'envahissement des valeurs instrumentales) celui-ci

édifie le projet de surpassement de l'humain moderne sur une généalogie sélective de toutes les valeurs ; mais toujours en plaçant au plus haut les valeurs *supérieures* : celles qui favorisent l'évolution et l'expression la plus libre et créative de *Vie*.

À la lumière de ces arguments, et tout en considérant l'ensemble des écrits consultés sur le problème de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires, nous questionnons ainsi la pertinence et la cohérence de la promotion d'une théorie du soin et de la santé humaine qui cherchent à remédier à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires en postulant les valeurs humaines dans le seul registre du *bien*, tout en observant l'expression fulgurante de « mauvaises » valeurs incarnées dans l'humain moderne. De plus, cette promotion s'inscrit à la fois dans le contexte actuel de nos sociétés occidentales dominées par l'athéisme, l'individualisme, la technophile ou l'omniprésence de la haine et le relativisme sur des plans éthiques, politiques et économiques. Mais surtout, nous questionnons cette bonté humaine, proposée à l'humain moderne, à la vue de l'instrumentalisation et de la déshumanisation des systèmes sanitaires par un ensemble de discours néolibéraux, technocrates et bureaucrates, qui font fi de ces valeurs humaines, en ayant pour point de référence un système – une hiérarchie – de valeurs fondé dans l'objectivisme, le rationalisme, et la Raison instrumentale. Effectivement, l'humain moderne – l'humaniste moderne – chérit fort probablement des valeurs du *bien*, mais pour Nietzsche, il incarne aussi, et fondamentalement, de mauvaises valeurs qui semblent prendre de plus en plus de puissance dans sa hiérarchie de valeurs. Par exemple ces mauvaises valeurs trahissent l'acharnement instrumental et expérimental dépourvu d'éthique envers nous-mêmes et la *Nature*, tel que l'illustre ce passage de la Généalogie de la Morale (Nietzsche, 1971a : 132) :

> « *[...]* est hybris (démesurée) aujourd'hui toute notre attitude à l'égard de la *Nature*, la violence que nous lui faisons à l'aide des machines et de l'inventivité sans scrupule de nos techniciens et nos ingénieurs *[...]*, hybris est notre attitude envers nous-mêmes, car nous expérimentons sur nous-mêmes comme nous oserions le faire sur un animal *[...]* : être malade est instructif, nous n'en doutons pas, plus instructif encore qu'être en bonne santé – rendre malade nous parait aujourd'hui plus nécessaire même que guérir ou sauver des vies. » (Nietzsche, 1971a : 132)[57]

Somme toute, au lieu promouvoir un humain post-moderne « *bien* », ou ayant un potentiel spirituel, au centre d'une théorie du soin humain, comme c'est le cas de la TSHW, il serait préférable, selon Nietzsche, de considérer l'ensemble des valeurs et des possibilités inhérentes à l'animal-*humain*, par-delà le *bien* et *mal* qu'il exprime dans la *modernité*. De plus, dans l'optique nietzschéenne, les valeurs qui pourraient animer une telle transvaluation – une des solutions à l'instrumentalisation – ne sont aucunement du registre de la bonté ou de l'ascétisme métaphysique, mais dans celui de la *Vie* naturelle.

Enfin, le philosophe Rémi Brague a récemment questionné la légitimité de l'humain moderne dans le discours humaniste issu du Projet de Lumières sous l'angle de certains écrits philosophiques et notamment de la critique nietzschéenne de la modernité. Dans cette perspective, Brague (2013 : 36) expose qu'il faut :

> « *[...]* risquer un pas de plus : l'humanisme exclusif est tout simplement impossible. Non par ce qu'il rendrait l'homme inhumain, mais parce qu'il détruirait l'homme, au sens le plus plat de ce terme. Il est en effet incapable d'apporter une réponse à une question fondamentale : celle du point d'appui. » (Brague 2013 : 36)

---

[57] *Généalogie de la Morale*, Essai III, § 9.

À cet effet, pour Brague (2013), tout comme pour Nietzsche, ce *point d'appui*[58] – ou de référence, le *fil d'Archimède* est à sa portée, mais il refuse de s'y attarder. Devant ce constat inquiétant, Brague questionne ainsi la légitimité de l'humain-moderne, celui qui a progressivement sapé ses fondements éthiques dans une utopie déraisonnable de la *Raison* et par l'acquiescement d'idéologies autodestructrices parallèles, tel l'humanisme.

Ainsi, nous vu dans cette dernière section que les résultats de cette étude ne font pas que corroborer les études qui ont souligné les limites de l'humanisme en sciences infirmières. Nos résultats montrent non seulement l'incapacité de l'humanisme tel que promu dans la TSHW – et la logique de l'évolution des valeurs qui s'y inscrivent – de faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires, mais surtout, et ce de manière novatrice, les racines, les processus et les éventuelles conséquences *nihilistes* inhérentes à la promotion d'un humanisme dogmatique qui maintient et amplifie paradoxalement un dualisme délétère encapsulé dans la tension crée entre cette idéologie et les idéologies instrumentales de plus en plus valorisées dans nos systèmes sanitaires modernes.

Le prochain et dernier chapitre de cette thèse présente les conclusions de cette étude ; il y expose une synthèse, les limites et certaines recommandations pour les divers champs de la pratique et de la discipline infirmière.

---

58 Pour Braque ce *point d'appui* serait une forme d'éthique qui définirait clairement les limites humaines à ne pas dépasser. Ce limites devraient assurer un respect de la *Nature* (la terre est ses environnements), de la nature humaine avec ses limites inhérentes (limites qui sont justement sans cesse dépassées au détriment de la *Nature* par l'exploitation de multiples ressources et de la pollution qui en résulte), de même cette éthique devrait promouvoir un projet émancipateur pour l'ensemble de l'humanité et non pour un nombre de privilégiées – notamment les peuples occidentaux.

Chapitre 8. Conclusion et recommandations

Dans ce dernier chapitre, nous présentons d'abord une synthèse de notre étude tout en soulignant les raisons qui conduisent à disqualifier le projet d'humanisation de la TSHW dans sa proposition de pallier / faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires. Puis, nous formulons quelques recommandations pour la discipline infirmière. En effet, le rejet du projet d'humanisation de la TSHW et l'approche (méthode) employée pour « tester » cette théorie viennent confirmer certaines hypothèses et recommandations émises récemment ; à savoir la place (*nécessaire*) de la philosophie pour le développement cohérent de la théorie infirmière (Risjord, 2010) et la centralité de la *Vie* pour une éthique du soin infirmier (Blondeau, 2013).

8.1 Conclusions

Les systèmes sanitaires modernes (soit actuels) représentent la convergence historique et structurelle d'un nombre important de discours, de professions, de matériaux, de technologies, de sciences et de pratiques aminés à la production des soins, à la gestion de *instruments* ici nécessaires et à leur amélioration perpétuelle.

Jadis, on soignait les pauvres et les nécessiteux avec les *moyens du bord*, sur la base de valeurs humaines ou religieuses. Aujourd'hui, on assiste à une transformation dramatique de ces pratiques qui intègrent dorénavant plusieurs valeurs promues par une société et des discours modernes en pleine expansion. Ces *nouvelles* valeurs modernes qui

envahissent les soins et services sanitaires sont issues de certains discours hégémoniques, dont le néolibéralisme, le scientisme ou le rationalisme. Mais surtout, les valeurs de *soin humain* subissent conséquemment les effets de leur marginalisation et même leur suppression par des processus de bureaucratisation et une technocratisation inhérente aux dits discours.

Principalement, la problématique de cette étude suggère que l'envahissement hégémonique des discours modernes concourt à l'instrumentalisation des systèmes et des services sanitaires. En effet, notre revue de littérature expose plusieurs conséquences néfastes de cette instrumentalisation qui génèrent des problèmes importants et inquiétants, notamment : la *chosification* de la personne ; la souffrance chez les infirmières et les patients, mais surtout la dévalorisation, l'envahissement et même la suppression de la pensée et de la pratique des *soins humains*.

Parallèlement, le problème adressé dans cette étude prend origine dans le fait qu'un des moyens élaboré et proposé à l'intérieur de la discipline infirmière pour faire face à ce problème d'instrumentalisation consiste en la mise en valeur de certaines perspectives *humanistes* qui, somme toute, sont fort disparates et relativement dogmatiques. La TSHW avance en ce sens un vaste projet d'humanisation des soins et des services sanitaires au moyen d'un discours humaniste, transcendantal, métaphysique et ésotérique.

Cependant, la lecture des principaux écrits théoriques de la TSHW montre, tout comme l'exposent certains auteurs consultés, que les fondements de cette théorie présentent plusieurs lacunes théoriques handicapantes. Ainsi, cette thèse a mené à la production d'une

analyse dialectique quant à la nature, la cohérence et la pertinence de deux *propositions* fondamentales de la TSHW - la métaphysique transcendantale et l'humanisme altruiste. Parallèlement, cette étude appuie l'affirmation que le problème d'instrumentalisation et de suppression des valeurs de *soins humain* est inquiétant et qu'il nécessite une remédiation.

La mise à l'épreuve dialectique de ces deux *propositions* montre que le projet de la promotion de la TSHW pour faire face à l'instrumentalisation est *réfuté* principalement à cause des incohérences et des affirmations dogmatiques provenant de ses fondements ontologiques, épistémologiques et éthiques. En effet, nous avons montré que :

a) la métaphysique transcendantale promue dans le projet d'humanisation de la TSHW ne peut faire face au problème d'instrumentalisation puisque les postulats de cette métaphysique sont dogmatiques, voire relativistes, mais surtout que les valeurs qui sont promues dans cette métaphysique peuvent éventuellement conduire au *Nihilisme* ;

b) parallèlement, l'humanisme altruiste qui y est exposé et soutenu maintient et amplifie paradoxalement un dualisme dans la tension créée entre cette idéologie et les idéologies instrumentales de plus en plus valorisé dans nos systèmes sanitaires modernes.

Plus spécifiquement, nous avons également démontré que le *problème* de la TSHW réside dans l'incohérence à la source des fondements mêmes des affirmations de base de cette théorie (nature holographie de l'univers, présence d'une énergie d'amour infini,

propriétés quantiques du soin, transcendance, etc.) qui, une fois transposés dogmatiquement (en pensée et) en pratique, trahissent leur impertinence (dualisme, souffrance et attrition) par leur potentiels effets nihilistes découlant de l'ascétisme métaphysique (le ressentiment) et de la souffrance qu'ils peuvent générer.

Par ailleurs, nos résultats appuient la thèse que l'instrumentalisation des systèmes sanitaires et de la pratique et pensée infirmière est bien plus qu'une théorisation abstraite fondée dans certaines propositions, arguments et concepts apparentés à des courants postmodernes, critiques ou existentiels. Bien au contraire, nous avons détaillé que cette instrumentalisation découle d'une interaction complexe, rhizomique et envahissante – le *progrès moderne* – qui prend pour origine et se perpétue dans une idéologie hégémonique.

Enfin, nous croyons que les pratiques de soins humains sont fondamentales et qu'elles méritent toute notre attention afin de les préserver et les améliorer. Ainsi, à la lumière des résultats de cette étude, nous croyons qu'il existe une alternative à cette instrumentalisation. Nous avançons la thèse que certaines valeurs supérieures de la hiérarchie des valeurs de la profession infirmière devraient s'inscrite dans une philosophie et une éthique de la *Vie*, au lieu d'un discours humaniste ascétique et dogmatique. Dans cette optique, les prochains paragraphes de cette conclusion offrent quelques recommandations pour la discipline et la recherche infirmière.

8.2 Recommandations pour la discipline et la recherche infirmières

Ces derniers paragraphes dressent certaines recommandations afin de favoriser la conservation, la promotion et le développement du soin humain pour la discipline et la recherche infirmière. De même, nous formulons quelques grandes, en terme de questions qui pourraient guider la recherche en sciences infirmières (mais non exclusivement).

8.2.1 Une boite de « pandore » ?

Nous croyons que la démonstration philosophique des lacunes importantes de la TSHW, mais surtout le rejet de son projet d'humanisation, remet en question un domaine théorique relativement important de la discipline infirmière (qui cherche à discourir sur la nature de la pensée et des fonctions infirmières). En effet, certaines autres théories (et leurs concepts intrinsèques) sont fondées sur des affirmations semblablement dogmatiques ou peu élaborées, dont notamment la théorie de l'*Être-humain-unitaire* de Rogers (1992) et la notion des *forces homéo-dynamiques*, la théorie de l'*Humaindevenant* de Parse et Major (2003) prônant la *transcendance multidimensionnelle humainunivers* ; ou encore la théorie du soin relationnel de Newman (2008) s'appuyant sur le concept de *conscience holographique* ; et ce sans nommer la quantité importante de littérature qui s'inspire de ces théories pour étudier, théoriser et promouvoir des pratiques et même la pensée infirmière. Sur le plan de la recherche et du développement théorique (et philosophique), nous croyons que d'autres études seraient nécessaires pour poursuivre la clarification (confirmation ou disqualification, élaboration et proposition de changements) des fondements, l'opérationnalisation et les conséquences de la mise en pratique de ces théories.

Mais plus, des études philosophiques analogues à celle-ci pourraient éventuellement aussi permettre d'adresser adéquatement le problème de l'écart théorie-pratique tel que formulé par Risjord (2010). En effet, Risjord expose la nature et les conséquences (la stagnation du développement des savoirs, de la pratique et de la santé) de l'écart entre la théorie et la pratique infirmière. Principalement, il avance que cet écart prend origine dans l'*impertinence* entre certains savoirs développés (tel que certaines théories infirmières dogmatiques et ésotériques) et leur réelle utilité (*applicabilité*) dans la pratique des soins infirmiers à la vue des problèmes modernes actuels.

Sur la plan de l'*impertinence* qui anime cet écart, Risjord expose que les questions philosophiques ont été et demeurent encore très peu abordées, sinon parfois bâclées. En effet : « Nursing has a relevance gap between theory and practice because of the philosophical choices made by nursing scholars » (Risjord, 2010 : 31). En fait, les *explications* relatives aux questions philosophiques devraient normalement adresser les questions et difficultés ontologiques, épistémologiques et éthiques qui constituent leurs fondements. Ici, il semble que plusieurs de ces *scholars* ont tout simplement fait l'économie d'une investigation et d'un effort d'explicitation philosophique ontologique, épistémologie et éthique adéquats. À cet effet, nous appuyons l'idée de Risjord et affirmons que le *rétrécissement* (et l'éventuel effacement) de cet écart permettra de contribuer à une éventuelle progression et structuration de la connaissance et des pratiques infirmières. Alors, tout comme Risjord, nous avançons qu'il faut repenser (*re*visiter, critiquer, questionner, définir, reformuler) certains des fondements et affirmations *dogmatiquement* promues à l'intérieur de la discipline tels l'*holisme*, le *constructivisme*, le *relativisme* ou la

transcendance. Somme toute, nous recommandons également l'élaboration de méthodes et la poursuite d'études philosophiques qui cherchent à améliorer la théorie en sciences infirmières afin de rétrécir et refermer cet écart philosophie – et conséquemment pratique : « What is done by philosophy can be undone by philosophy » (Risjord, 2013 : 5).

8.2.2 La perspective de l'éthique de la Vie

> « Le caractère sacré de la vie reconnait la vie comme un besoin à préserver, mais il reconnait également la mort comme l'étape ultime du processus vital » (Blondeau 2013 : 108).

Les résultats de cette étude suggèrent que l'idée d'une *éthique de la Vie* telle que proposée par Nietzsche nécessiterait davantage l'attention de la discipline infirmière. En effet, l'éthique nietzschéenne replace la *Vie* (et les soins humains naturels) dans son contexte *naturel* et, ce faisant, elle semble représenter une remédiation éventuellement pertinente, mais nécessaire, à la problématique de l'instrumentalisation. Elle vise en effet à protéger ce que certains discours instrumentaux cherchent à modifier et à exploiter, soit la *Nature* même de la vie humaine, et l'humain lui-même en tant que matière et psyché.

Plus spécifiquement, dans le contexte particulier de cette thèse où l'on réfute les deux propositions de la TSHW pour faire face à l'instrumentalisation des systèmes sanitaires, nous avançons ici une alternative éthique qui découle de deux concepts. D'une part, cette éthique prend forme à partir du concept d'*Affirmation de la Vie* naturelle telle que développée antérieurement dans cette thèse et, d'autre part, elle s'articule autour du concept ontologique d'*ipséité* nietzschéenne tel que développé par Steiger (2001).

Nous avons antérieurement exposé qu'une des conséquences possibles de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires serait l'effacement progressif de la nature humaine – le corps humain – par le remplacement de certains de ses organes ou fonctions internes par diverses (bio) technologies modernes. Celles-ci seraient animées par les discours néolibéraux et les diverses formes d'exploitation qu'elles engendrent. Ceci dit, l'*Éthique de la Vie* que nous proposons ici viendrait – par opposition – réaffirmer et consolider certaines fonctions fondamentales – *naturelles* – inscrites à même nos fonctions cellulaires. Principalement, cette éthique favoriserait le respect – et l'expression naturelle – des fonctions d'autoconservation fondamentales du corps humain. À cet effet, Steigler expose, à l'aide d'un traité exhaustif des écrits nietzschéens, que le corps humain affirme sa volonté de vie (de puissance) à travers un refus modulé de l'altérité – ou l'affirmation de son ipséité – par « *un acte biologique falsificateur qui rejette l'étranger ou le transforme à son bénéfice* » (Steigler, 2001 : 31). Autrement dit, l'*Éthique de la Vie*, ici avancée, servirait de bouclier ontologique ; empêchant le corps humain de se laisser configurer par l'Autre.

Ainsi, une vie humaine – naturelle – animée par *une Éthique de la Vie* serait une lutte perpétuelle de l'organisme pour se préserver par la recherche et l'affirmation de son identité propre comme autorégulation issue d'un duel entre *ipséité* et *altérité*. En d'autres mots, cela signifie le rejet du *non-soi* ou une possible transformation du non-soi en soi. Il s'agit alors, pour le corps humain, de se créer par absorption – par digestion et assimilation des éléments – ou par la conservation du soi dans le *refus* des éléments externes étrangers. Ainsi, l'*Éthique de la Vie* ici présentée viserait principalement à conserver la Nature humaine devant les processus d'instrumentalisation inhérents à l'époque et aux idéologies

modernes. En effet, notre société moderne s'enlise progressivement dans un *progrès* qui mine l'éthique naturelle (sacrée) de la vie (Blondeau, 2013). Selon nous, elle cherche par tous le moyens – *anthropocentriques* – de redéfinir ce que devraient être plusieurs paramètres de la vie (par des discours principalement scientifiques et technologiques) afin d'améliorer, dans la perspective du *progrès*, la condition humaine ainsi réécrite dans le discours de *Raison* et puis décrétée comme idéologie hégémonique. Mais pour Nietzsche, il s'agit là justement du processus nihiliste ultime qu'il faut surpasser puisque celui-ci nie le caractère naturel même de la Vie (son propre processus d'instrumentalisation).

Toutefois, la perspective de la *Vie* nietzschéenne est non sans difficulté. D'abord, par sa nature même, une éthique nietzschéenne de la *Vie* se place en dehors de l'enclos moral normalisant ce qui est *bien* et *mal* (concept éventuellement juste humain) et risque d'engendrer des interprétations (et conséquences) relativistes (absence de morale ou points de repère douteux) ou même *paradoxalement* – comme nous le soulignons – instrumentales. Or, certains arguments nietzschéens indiquent qu'il s'agirait de situer l'éthique de la *Vie*, non pas à l'origine d'une perspective anthropocentrique telle qu'elle semble dominer la pensée moderne, mais à l'origine d'une perspective de la *puissance* de la Vie. La *Vie* nietzschéenne (donc celle qui anime la vie présente dans la Nature), mue par la *Volonté-de-Puissance,* recherche la structure, la puissance et sa conservation, mais surtout elle tente de se surpasser perpétuellement dans l'optique de l'*Éternel-Retour* : c'est-à-dire « souhaitée » comme quelque chose qui revient « pour toujours », indiquant là un éventuel retour à la *Nature*. Toutefois, les conséquences de l'adoption d'une telle éthique de la *Vie* à la base des pratiques infirmières viendraient court-circuiter l'agenda *moderne*, remplaçant un à un ses discours, soit la *spontanéité* à la place de la *prédication*, l'inscription dans un

monde chaotique et imprévisible plutôt que dans un monde hyper contrôlant et contrôlé, ou encore la mise en valeur de la *Vie* naturelle préférablement à la dénaturalisation de la vie humaine par la technologie.

Sur ce dernier point, et plus proche de notre réalité de pratique infirmière moderne, il est intéressant de tracer des parallèles avec les écrits théoriques sur l'éthique des soins infirmiers de Blondeau (2013). Ceux-ci fournissent certains indices sur ce qui pourrait constituer une telle éthique de la *Vie*. Historiquement, expose Blondeau, donc avant la *modernisation* des systèmes sanitaires et l'expansion des prouesses de la technologie et des sciences quant à la prolongation et la modification des paramètres de la vie et santé humaines (exposé aux *problèmes de santé* et de *vieillissement*), la question éthique de la vie était relativement simple. Elle était en effet principalement fondée dans la défense et la protection de la vie humaine à l'intérieur d'une perspective *sacrée* de celle-ci, et sur la maxime « la vie est sacrée parce qu'elle est la vie » (Blondeau, 2013 : 102). Toutefois, cette perspective *sacrée* semble s'effriter devant le spectre de l'instrumentalisation des systèmes sanitaires et la question de l'éthique de la Vie devrait alors se transposer et être étudiée dans ses volets qualitatif et quantitatif (Blondeau 2013 : 98). En ce sens, Blondeau expose que les paramètres qualitatifs sont aujourd'hui confrontés à la possibilité du « tout est possible », lié aux développements fulgurants des technosciences. Et, ce *possible* est aujourd'hui un rêve moderne qui alimente et perpétue un progrès moderne « *sans Dieu* », pour reprendre les affirmations nietzschéennes, pour trancher sur les décisions de ce qui est moralement *correct*. De même, les paramètres quantitatifs de la vie sont confrontés à des interprétations questionnables dont le *vitalisme* qui vise la production, l'amélioration et le contrôle de la vie *per se* – nonobstant leurs conséquences sur la vie ou sur la Nature.

Devant ces constats, nous proposons d'approfondir ce champ de connaissance relatif à l'éthique de la Vie (et de son opérationnalisation) qui demeure encore peu exploré. Par exemple : quelles sont les *valeurs* qui devraient structurer et animer une éthique de la *Vie* et fonder les bases épistémologique et ontologique d'une théorie et des pratiques des *soins humains* ? De même, dans un sens plus large encore, comment définir une éthique de la *Vie* (dans le contexte d'instrumentalisation) pour les sciences infirmières, sur quelles bases, et à la lumière de quel(s) discours ? Enfin, il faudrait également répondre à la réflexion suivante : une éthique de la *Vie*, de par son rattachement à la *Nature*, peut être paradoxalement synonyme de la négation des progrès modernes - vu comme un viol des fondements sacrés de *Nature* et de la vie. Pourtant, ces progrès façonnent et contribuent à la fois la production du soin et une certaine qualité de vie de plusieurs individus hautement recherchée et valorisée. Aussi, est-il possible de trouver l'équilibre respectueux de ces deux positions et, si oui, de quel ordre devrait-il être ? Comment en déterminer les fondements / paramètres ontologique et épistémologique ?

En d'autres mots, ce qui nous semble le plus réaliste et le plus *utile* consisterait à formuler un *juste* milieu, une structure éthique - une hiérarchie inscrite à même certaines valeurs de la *Vie* - qui absorberait et surpasserait le dualisme Nature/Vie – Raison/Instrumentalisation, pour proposer une théorie inscrite dans une perspective de réalisme modéré, soit une *théorie réaliste des soins humains*.

Bibliographie

Abadia, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine, 68*(6), 1153-1160.

Alasad, J. (2002). Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *International Journal of Nursing Studies, 39*(4), 407-413.

Almerud, S. (2008a). The meaning of technology in intensive care. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing 6(3):* 39-43.

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility -- being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care, 12*(3), 151-158.

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: a phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive & Critical Care Nursing, 24*(2), 130-136.

Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B., et Ekebergh, M. (2009). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy 9(1):* 55-61.

Alvarez, L. S., Salmon, W. J., & Swartzman, D. The Colombian Health Insurance System and Its Effect on Access to Health Care. *International Journal of Health Services, 41*(2), 355-370.

Antrobus, S. (1997). An analysis of nursing in context: the effects of current health policy. *Journal of Advanced Nursing 25(3):* 447-453.

Ansell-Pearson, K. (2006). *A Companion to Nietzsche.* Malden MA, Blackwell Publishing Ltd.

Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M. F., Drury, J., Eastwood, H., et al. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies, 36*(5), 387-396.

Babich, B. (2004). *Habermas, Nietzsche, and critical theory*. Amherst, N.Y: Humanity Books.

Baly, M. (1995). *Nursing and social change*. 3rd ed. London New York: Routledge.

Bang, K. S., Kang, J. H., et autres (2011) Professional values in korean undergraduate nursing students. *Nurse Education Today 31*(1): 72-75.

Barnard, A. (1997). A critical review of the belief that technology is a neutral object and nurses are its master. *Journal of Advanced Nursing 26*(1): 126-131.

Barnard, A. (2000). Alteration to will as an experience of technology and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 31(5): 1136-1144.

Barnard, A. (2002). Integrating technology and touch: resolving invented differences. *Singapore Nursing Journal 29(3):* 4-5.

Barnard, A. et Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference ? *Journal of Advanced Nursing 34(3):* 367-375.

Barnard, A., et Gerber, R. (1999). Understanding technology in contemporary surgical nursing: a phenomenographic examination. *Nursing Inquiry, 6(3),* 157-166.

Barnard, A., Locsin, R. (2007). *Technology and Nursing : Practice, Concepts and Issues*. New York: Palgrave.

Beagan, B. et Ells, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: the struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research 41(1):* 86-107.

Bennett, P. N. Satellite dialysis nursing: technology, caring and power. *Journal of Advanced Nursing, 67*(1), 149-157.

Betts, C. E. (2005). Progress, epistemology and human health and welfare: what nurses need to know and why. *Nursing Philosophy 6(3):* 174-188.

Betts, C. E. (2008). The will to health: a Nietzschean critique. *Nursing Philosophy,* 8(1), 37-48.

Biley, F. C. (2004). Medicine's nature and goals: Nietzsche's Genealogy of Morality and the changing boundaries of medical practice: a slave revolt? *International Journal for Human Caring, 8*(2), 21-25.

Black, L., Spetz, J., et autres (2008). Nurses working outside of nursing: societal trend or workplace crisis ? *Policy, Politics, et Nursing Practice 9(3):* 143-157.

Blais, M. (1974). *L'échelle des valeurs humaines*. Montréal: Librairie Beauchemin.

Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Bondas, T. E. (2003). Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly, 27*(3), 249-253.

Booth, K., Kenrick, M., & Woods, S. (1997). Nursing knowledge, theory and method revisited. *Journal of Advanced Nursing, 26*(4), 804-811.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring : a model for transforming practice*. New York: National League for Nursing.

Brague, R. (2013). *Le propre de l'homme : sur une légitimité menacée*. Paris: Flammarion.

Bronner, S. (2004). *Reclaiming the enlightenment toward a politics of radical engagement*. New York: Columbia University Press.

Choiniere, J. A. (2011). Accounting for care: exploring tensions and contradictions. *Advances in Nursing Science, 34*(4), 330-344.

Camargo Plazas, P., Cameron, B. L., & Smith, D. G. Neoliberal-oriented health care system answer to global competition or a threat to health equality for people with chronic illness. *Advances in Nursing Science, 35*(2), 166-181.

Clark, A. M. (1998). The qualitative-quantitative debate: moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation. *Journal of Advanced Nursing, 27*(6), 1242-1249.

Clark, A. M., Lissel, S. L., & Davis, C. (2008). Complex critical realism: tenets and application in nursing research. *Advances in Nursing Science, 31*(4), E67-79.

Cohen, Y. (2000). *Profession, infirmière une histoire des soins dans les hopitaux du Québec*. Montréal, Que: Presses de l'Université de Montréal.

Collière, M. F. (2001). *Soigner : le premier art de la vie.* Paris : Masson

Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions-Masson.

Cotton, A. H. (2001). Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. *Journal of Advanced Nursing 36(4):* 512-519.

Couillaud, B. (2003). *Raisonner en vérité - Le traité de la logique analytique, diaectique, rhétorique et sophistique.* Paris, Francois-Xavier de Guibert.

Coyte, P. C., & Holmes, D. (2006). Beyond the art of governmentality: unmasking the distributional consequences of health policies. *Nursing Inquiry, 13*(2), 154-160.

Creswell, J. & Clark, V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Los Angeles: SAGE Publications.

Cruickshank, J. (2004). A tale of Two Ontologies : imminent critique of Critical Realism. *The Sociological Review, 52*(4), 567-585.

Dallaire, C., et Aubin, K., (2008). Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière. Dans Dallaire, C. (Ed.), *Le savoir infirmier : Au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 3 - 26). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

Delanty, G. (2000). *Modernity and Postmodernity.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Dries, M. (2010). On the logic of Values. Journal of Nietzsche Studies 39(2), 30-50.

Drummond, J. S. (2000). Nietzsche for nurses: caring for the Übermensch. *Nursing Philosophy, 1*(2), 147-157.

Drummond, J. S. (2005). Relativism. *Nursing Philosophy, 6*(4), 267-273.

Falk-Rafael, A. (2005). Speaking truth to power: nursing's legacy and moral imperative. *Advances in Nursing Science 28*(3), 212-223.

Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge : nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis.

Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry, 10*(2), 113-120.

Fries, C. J. (2008). Governing the health of the hybrid self: integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review, 17*(4), 353-367.

Giddings, L. S. (2006). Mixed-methods research: positivism dressed in drag ? *Journal of Research in Nursing, 11*(3), 195-203.

Grondin, J. (2004). *Introduction à la Métaphysique*. Montréal: Les Presses du l'Université de Montréal.

Grosz, E. (2004). *The nick of time : politics, evolution, and the untimely*. Durham: Duke University Press.

Hallberg (2006). *International Journal of Nursing Studies 45(6):* 971-974. Germov, J. (2005). Managerialism in the Australian public health sector: towards the hyper-

Hatab, L. (2005). *Nietzsche's life sentence : coming to terms with eternal recurrence*. New York: Routledge.

Heidegger, M. (1954). *Essais et conférence.* Mesnil-sur-l'Éestrée, France, Gallimard.

Heidegger, M. (1977). *The question concerning technology, and other essays*. New York: Garland Pub.

Heise, UK (2004). Science, technology and postmodernism. Dans S. Connor ed. *The Cambridge companion to postmodernism*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press; pp136-167.

Held, V. (2006). Care as practice and value. Dans V. Held, *The ethics of care. Personal, political and global* (pp. 29-43). New York: Oxford University Press.

Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice 2*(4): 244-250.

Herdman, E. A. (2001). The illusion of progress in nursing. *Nursing Philosophy, 2*(1), 4-13.

Holmes, D., Roy, B. et al. (2008). The use of postcolonialism in the nursing domain: colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science 31*(1): 42-51.

Horkheimer, M. & Adorno, T. (1974). *Dialectic of enlightenment*. New York: Herder and Herder.

Hussey, T. (2002). Thinking about change. *Nursing Philosophy, 3*(2), 104-113.

Illich, Y. (1976). *Némésis Médicale*. Paris: Editions du Seuil.

Kiekkas, P., Karga, M., Poulopoulou, M., Karpouhsti, I., Papadoulas, V., et Koutsoiannis, C. (2006). Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *Journal of Clinical Nursing 15(2):* 178-187.

Kikuchi, J. (1992). Nursing Questions that Science Cannot Answer. Dans Kikuchi, J. et Simmons H. éds. *Philosophic Inquiry in Nursing.* Sage Publictions, Newbury Park, Califonia, USA.

Kikuchi, J. & Simmons, H. (1992). *Philosophic inquiry in nursing*. Newbury Park, Calif: SAGE Publications.

Kirk, S. (2010). How children and young people construct and negotiate living with medical technology. *Social Science & Medicine, 71*(10), 1796-1803.

Kroker, A. (2004). *The will to technology and the culture of nihilism : Heidegger, Nietzsche and Marx*. Toronto: University of Toronto Press.

Krol, P. (2009). Reflexion epistémo-ontologique, de l'apprentissage à la mesure du caring. *Aporia 1(2):* 42-48.

Krol, P. (2010). L'apprentissage du caring chez les étudiantes infirmieres au baccalauréat dans un programme de formation par compétences. *Recherche en Soins Infirmiers*, (102), 59-72.

Lalande, A., (2007). *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie - 18e Édition.* Paris, Presses Universitaires de France.

Leininger, M. & McFarland, M. (2006). *Culture care diversity and universality : a worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Lipscomb, M. (2008). Mixed method nursing studies: a critical realist critique. *Nursing Philosophy, 9*(1), 32-45.

Limnatis, N. (2010). *The dimensions of Hegel's dialectic*. London New York: Continuum

Locsin, R. (2005) *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice*. Sigma Theta Tau International Press, Indianapolis, Indiana.

Lynaugh, JE. (2010). Rhetoric and Reality in America. Dans Nelson S. et Rafferty AM. Ed. *Notes on Nightingale – The Influence and Legacy of a Nursing Icon.* Cornell University Press, New York,

Maben, J., Latter, S., & Clark, J. M. (2006). The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing, 55*(4), 465-477.

Malloch, K. (2000). Healing models for organizations: description, measurement, and outcomes... including commentary by Lussier JT. *Journal of Healthcare Management 45(5):* 332-346.

Mannion, R., Small, N., & Thompson, C. (2005). Alternative futures for health economics: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management, 13*(5), 377-386.

Mangelleo, ME. (2011). Passionate Statistician. Dans Nelson S. et Rafferty AM. Ed. *Notes on Nightingale – The Influence and Legacy of a Nursing Icon.* Cornell University Press, New York.

Marcuse, H. (1968). *L'homme Unidimesionnel*. Paris, France: Les éditions de minuit.

Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Moccia, P. (1985). A further investigation of "Dialectical Thinking as a Means of Understanding Systems-in-Development: Relevance to Rogers's Principles". *Advances in Nursing Science, 7*(4), 33-38.

Montebello, P. (2001). *Nietzsche – La Volonté de Puissance.* Presses Universitaires de Frances, Paris.

Montebello, P. (2001). *Nietzsche : la volonté de puissance*. Paris: Presses universitaires de France.

Morin, E. (2007). Vers l'abîme. Dans Morin E. éd. *La crise de la modernité.* Paris: L'Herne; 2007, pp.19-33.

Nagle, L. M. (1999). A matter of extinction or distinction. *Western Journal of Nursing Research 21(1):* 71-82.

Newman, M. (2008). *Transforming presence the difference that nursing makes*. Philadelphia: F.A. Davis.

Nietzsche, F., Colli, G., Montinari, M., Hildenbrand, I. & Gratien, J. (1971a). *La Généalogie de la morale*. Paris: Gallimard.

Nietzsche, F., Colli, G., Montinari, M. & Gandillac. (1985). *Ainsi parlait Zarathoustra : un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne*. Paris: Gallimard.

Nietzsche, F., Montinari, M. & Colli, G. (1987). *Par-delà bien et mal : prélude d'une philosophie de l'avenir*. Paris: Gallimard.

Nietzsche, F., Colli, G., Montinari, M. & Launay, M. (1989). *Le gai savoir.* Paris: Gallimard.

Nietzsche, F., Colli, G., Montinari, M., Haar, M., Labarthe, P. & Nancy. (1989). *La naissance de la tragédie*. Paris: Gallimard.

Nietzsche, F., Würzbach, F. & Bianquis, G. (1995). *La volonté de puissance*. Paris: Gallimard.

Nyström, M., Dahlberg, K., et Carlsson, R. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit -- a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies 40(7):* 761-769.

OMS (2006). *Travailler ensemble pour la santé - Rapport sur la santé dans le monde.* Orgnaisation Mondiale pour la Santé (OMS).

Orland-Barak, L. et Wilhelem, D. (2005). Novices in clinical practice settings: student nurses stories of learning the practice of nursing. *Nurse Education Today 25(6):* 455-464.

Paley, J. (2001). An archaeology of caring knowledge. *Journal of Advanced Nursing, 36*(2), 188-198.

Paley, J. (2002a). Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing, 40*(1), 25-35.

Paley, J. (2002b). The Cartesian melodrama in nursing. *Nursing Philosophy, 3*(3), 189-192.

Pannowitz, H. K., Glass, N., & Davis, K. (2009). Resisting gender-bias: insights from Western Australian middle-level women nurses. *Contemporary Nurse: A Journal*

for the Australian Nursing Profession, 33(2), 103-119.

Parse, R. & Major, F. (2003). *L'humain en devenir : nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Pendry, P. S. (2007). Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics 25*(4): 217- 221.

Pepin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.

Pesut, B., & Johnson, J. (2008). Reinstating the 'Queen': understanding philosophical inquiry in nursing. Jou*rnal of Advanced Nursing, 61*(1), 115-121.

Peter, E. H., Macfarlane, A., et autres (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing 47*(4), 356-364.

Peters, M. (2002). Derrida and the tasks for the new humanities: postmodern nursing and the culture wars. *Nursing Philosophy, 3*(1), 47-57.

Plantin, C. (2005). *L'argumentation : histoire, théories et perspectives*. Paris: Presses universitaires de France.

Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics 15(5):* 614-630.

Ray, M. (2007). Technological caring as a dynamic of complexity in nursing practice. In A.Barnard & R. Locsin (Eds.). Perspectives on technology and nursing practice. United Kingdom: Palgrave MacMillan.

Reginster, B. (2006). *The affirmation of life : Nietzsche on overcoming nihilism*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge : science, practice, and philosophy*. Chichester, West Sussex Ames, Iowa: Wiley-Blackwell Pub.

Rognstad MK, Nortvedt P, et Rognstad, O. (2004). Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. *Nursing Ethics 11(3):* 227-239.

Rolfe, G. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing, 11*(1), 79-80.

Rolfe, G. (2009). Some further questions on the nature of caring. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 143-146.

Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Sandelowski, M. (1997). (Ir)Reconcilable differences? The debate concerning nursing and technology. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 29*(2), 169-174.

Sandelowski, M. (1997). Exploring the gender-technology relation in nursing. *Nursing Inquiry, 4*(4), 219-228.

Sandelowski, M. (1999). Culture, conceptive technology, and nursing. *International Journal of Nursing Studies, 36*(1), 13-20.

Sandelowski, M. (1999). Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship. *Nursing Inquiry, 6*(3), 198-207.

Simmons, H. (1992). *Philosophic and Scientific Inquiry : The Interface.* Dans Kikuchi, J. et Simmons H. éds. Philosophic Inquiry in Nursing. Sage Publictions, Newbury Park, Califonia, USA.

Sokal, A., (2004). *Pseudoscience and Postmodernism : Atagonists of Fellow-Travelers ?* Dans Fagan, G. éd. Archaeological fantasies : how pseudoarchaeology misrepresents the past and misleads the public. London New York: Routledge.

Stiegler, B. (2001). *Nietzsche et la biologie*. Paris: PUF.

Sumner, J. et Townsend-Rocchiccioli, J. (2003). Why are nurses leaving nursing ? Nursing *Administration Quarterly 27(2):* 164-171.

Takase, M., Kershaw, E., & Burt, L. (2001). Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 35*(6), 819-826.

Tinsley, C., et France, N. E. M. (2004). The trajectory of the registered nurse's exodus from the profession: a phenomenological study of the lived experience of oppression. *International Journal for Human Caring, 8(1),* 8-12.

Traynor, M. (1999). *Managerialism and Nursing - Beyond Opression and Profession.* New York, Routledge.

Traynor, M. (2009). Humanism and its critiques in nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing 65(7):* 1560-1567.

Turkel, M. C. (2003). A journey into caring as experienced by nurse managers. *International Journal for Human Caring 7(1):* 20-26.

Walker, K. (2003). Why evidence-based practice now?: a polemic. Nursing Inquiry, 10(3), 145-155.

Walters, A. J. (1994). A hermeneutic study of the concept of "focusing" in critical care nursing practice. *Nursing Inquiry, 1*(1), 23-30.

Walters, A. J. (1995). A Heideggerian hermeneutic study of the practice of critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing, 21*(3), 492-497.

Walters, A. J. (1995). A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing, 22*(5), 998-1005.

Walters, A. J. (1996). Being a clinical nurse consultant: a hermeneutic phenomenological reflection. *International Journal of Nursing Practice, 2*(1), 2-10.

Wang, K., Zhang, B., Li, C., & Wang, C. (2009). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing, 18*(2), 183-190.

Warelow, P., Edward, K. et Vinek, F. (2008). Care: what nurses say and what nurses do. *Holistic Nursing Practice 22(3):* 146-153.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring. Boston*: Little, Brown and Company. 2nd printing 1985, Boulder, Colorado : University Press of Colorado.

Watson, J. (1985). *Nursing : Human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Toronto : Churchill Livingstone.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis.

Watson, J. (2006). "Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices." Nursing Administration Quarterly 30(1): 48-55.

Watson, J. (2008). Nursing : The philosophy and science of caring, 2nd edition. Boulder, Colorado : University Press of Colorado.

Watson, J. (2009). Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. 2nd Edition New York, NY : Springer.

Whiteside, H. (2008). Unhealthy policy: The political economy of Canadian public--private partnership hospitals. *Health Sociology Review, 20*(3), 258-268.

Young, M. E., Stuenkel, D. L., & Bawel-Brinkley, K. (2008). Strategies for easing the role transformation of graduate nurses. *Journal for Nurses in Staff Development, 24*(3), 105-112.

Zuzelo, P. R., Gettis, C., Hansell, A. W., & Thomas, L. (2008). Describing the influence of technologies on registered nurses' work. Clinical Nurse Specialist : *The Journal for Advanced Nursing Practice 22*(3): 132-142.